

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes
comunitários de saúde.**

por

Kelly Alves Magalhães

Belo Horizonte
Fevereiro/2015

TESE DSC-CPqRR

K.A.MAGALHÃES

2015

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes
comunitários de saúde.**

por

Kelly Alves Magalhães

**Tese apresentada com vistas à obtenção
do Título de Doutor em Ciências na área
de concentração Saúde Coletiva.**

**Orientação: Josélia Oliveira Araújo
Firmo**

Co-orientação: Karla Cristina Giacomin

Belo Horizonte
Fevereiro/2015

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

M188e Magalhães, Kelly Alves.
2015

Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde / Kelly Alves Magalhães. – Belo Horizonte, 2015.

xvi, 119 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 65 - 74

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Envelhecimento/psicologia 2. Pessoas com Deficiência/psicologia 3. Estratégia de Saúde da Família 4. Agentes Comunitários de Saúde/utilização I. Título. II. Firmo, Josélia Oliveira Araújo (Orientação). III. Giacomini, Karla Cristina (Co-orientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde.

por

Kelly Alves Magalhães

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Josélia Oliveira Araújo Firmo (Presidente)

Prof. Dra. Célia Pereira Caldas

Prof. Dra. Marcella Guimarães Assis

Prof. Dra. Rose Ferraz Carmo

Prof. Dra. Celina Maria Modena

Suplente: Prof. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz

Tese defendida e aprovada em: 04 / 02 / 2015

Reinauguração

*Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza,
a exata beleza que vem dos gestos espontâneos e do profundo instinto de subsistir
enquanto as coisas em redor se derretem e somem como nuvens errantes ao universo estável.
Prosseguimos. Reinauguramos.
Abrimos olhos gulosos a um sol diferente que acorda para os descobrimentos.
Esta é a colheita particular que se exprime no cálido e no beijo comungante,
no acreditar na vida e na doação de vivê-la em perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós.*

(Carlos Drummond de Andrade)

Dedicatória

À minha bisavó Tina (*in memorian*), aos meus avós Joaquim (*in memorian*) e Aurora (*in memorian*), José Alves e Judite, que comigo compartilharam suas histórias de vida, histórias marcadas por muitos desafios, lutas, serenidade e amor!

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pelo seu cuidado constante em minha vida.

Ao meu esposo Caio, meu companheiro, pelo amor, cuidado, incentivo em todos os momentos e por suportar minhas limitações, me ajudando a ser uma pessoa melhor.

Aos meus pais Juracy e Tina, por se fazerem sempre presentes, por terem me ensinado a dar os primeiros passos e pelos valores que me transmitiram.

À minha irmã Karla, por acreditar sempre em mim e pelo incentivo na conclusão deste trabalho.

À minha Família: avós, tios e primos, por fazerem parte da minha história, me ensinar lições de amor, cuidado e união.

Às minhas orientadoras Josélia Firmo e Karla Giacomini, pelo acolhimento, disponibilidade e escuta. Agradeço à Josélia por ter acreditado em mim e com sua objetividade, ter me ajudado a definir o recorte deste trabalho e bem direcionado meus passos; pela tranquilidade e segurança que transmitia em todos os momentos. Agradeço à Karla pela sua dedicação constante e sensibilidade, que trouxeram um outro olhar para este trabalho, iluminando as reflexões nele contidas; obrigada por partilhar da esperança necessária à mudança, me fazendo perceber que esta pesquisa deve contribuir para uma velhice melhor, em um mundo melhor!

Aos amigos e colegas do Laboratório de Epidemiologia e Antropologia Médica, Aduino Clemente, Ana Carolina Oliveira, Gustavo Moraes, Josiane Pereira, Jussara Alvarenga, Wagner Santos, pela breve, porém profícua convivência e partilha de saberes e experiências. Em especial, agradeço ao Wagner pela amizade, escuta e importante contribuição neste trabalho.

Aos meus queridos amigos, em especial, Karine, Grazi, Dani, Maria Clara, Patrícia, Mariana, Dé e Délio, pela força, carinho, atenção e partilha. Quem encontrou um amigo, encontrou um tesouro!

Aos colegas e amigos do NASF/BH, Andressa, Carlos, Dani, Luciana, Marina, Rodrigo e Ronise, que me apoiaram e suportaram nas dificuldades, e às gerentes Camila, Gisele, Juliane e Marcílio, pela compreensão e apoio.

Às agentes de saúde de Bambuí, participantes desta pesquisa, por partilharem de suas experiências, viabilizando este estudo.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz MG, pela infraestrutura técnica e por todos os professores e funcionários que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal.

À Biblioteca do CPqRR, pelo acesso gratuito à informação científica, essencial à elaboração desta tese, e pela catalogação e normalização da mesma.

A todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho, muito obrigada!

SUPORTE FINANCEIRO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES (bolsa de doutorado).

Sumário

Lista de Figura.....	xi
Lista de Quadro.....	xii
Lista de Tabela.....	xiii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xv
Apresentação.....	17
1 Introdução.....	21
2 Objetivos.....	25
3 Revisão da Literatura.....	27
3.1 Envelhecimento e Incapacidade Funcional.....	28
3.2 O Cuidado à pessoa idosa.....	33
3.3 O idoso nas políticas públicas brasileiras.....	34
3.4 O papel da Estratégia de Saúde da Família frente ao envelhecimento populacional.....	38
3.5 Contribuições da antropologia.....	46
3.6 O velho do corpo.....	50
4 Quadro Teórico.....	55
5 Percurso Metodológico.....	60
6 Referências.....	65
7 Resultados e Discussão.....	75
7.1 O sujeito do estudo.....	76
7.2 Artigo 1: A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis.....	79
7.3 Artigo 2: Envelhecimento com incapacidade funcional na visão do Agente Comunitário de Saúde	96
7.4 Artigo 3: O cuidado familiar ao idoso frágil na visão de Agentes Comunitários de Saúde.....	111
8 Considerações Finais.....	129
9 Anexos.....	133
9.1 Anexo I: Roteiro para entrevista.....	134
9.2 Anexo II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	135

Lista de Figura

Artigo 2: Envelhecimento com incapacidade funcional na visão do Agente Comunitário de Saúde

Figura 1 - Significado do processo de envelhecimento com incapacidade funcional na visão de Agentes Comunitários de Saúde..... 107

Lista de Quadro

Resultados e Discussão: O sujeito do estudo

Quadro 1. Perfil das Agentes comunitárias de Saúde entrevistadas.....	76
--	----

Lista de Tabela

Artigo 2: Envelhecimento com incapacidade funcional na visão do Agente Comunitário de Saúde

Tabela 1 - Signos relacionados ao significado de ser idoso e envelhecimento para as Agentes Comunitárias..... 102

Lista de abreviaturas e símbolos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVD	Atividade da Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Resumo

O envelhecimento populacional, usualmente, vem acompanhado de uma carga elevada de doenças crônicas, que repercutem sobre a funcionalidade do idoso, podendo resultar em incapacidade e em demandas crescentes por serviços sociais e de saúde. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família é fundamental no processo de cuidado, devendo representar para o idoso a porta de entrada e o vínculo com o sistema de saúde. Este trabalho objetivou compreender os elementos que participam da construção dos significados e ações relacionados ao envelhecimento pelos ACS inseridos na ESF, considerando o processo de Cuidado face à incapacidade funcional, no serviço e no domicílio. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e antropológica, sustentado na corrente interpretativa da antropologia geertziana e no modelo *Signos, Significados e Ações* proposto por Corin et al (1992) para guiar a coleta e análise dos dados. Foram realizadas entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado, com agentes comunitários, entre fevereiro e abril 2011 no município de Bambuí, MG. Todas foram gravadas, transcritas e analisadas. No processo de trabalho das agentes – todas mulheres – destacava-se a visita domiciliária, que ocorria em resposta a demandas imediatas de grupos de risco, com foco na doença e na oferta de insumos e procedimentos. Como não recebiam orientações para atuar junto às famílias com idosos, intuitivamente estabeleciam critérios “equitativos” ancorados em uma dimensão solidária, mas que reforçava o modelo biomédico e a visão fatalista da velhice, inexoravelmente associada à incapacidade. O significado de ser idoso relacionava-se a diversas perdas, inclusive da autonomia, negada pela infantilização da velhice. O envelhecimento era percebido como um processo “natural” de incapacitação e sofrimento, impossível de ser evitado, minimizado ou retardado. O cuidado prestado a idosos, predominantemente informal, ocorria de forma integral (24 horas), intuitiva, improvisada, solitária e por obrigação, sem remuneração ou reconhecimento. E era perpassado pelo(a): gênero, sobrecarga do cuidado; despreparo do cuidador; responsabilização da família e do próprio idoso; omissão do Estado; invisibilidade do cuidado ao cuidador; e centralidade no modelo biomédico. Reconhecendo os limites e experiências das agentes no mundo do trabalho, a Saúde Pública precisa enfrentar o próprio despreparo e o das famílias para o cuidado a idosos frágeis e para o apoio aos cuidadores familiares; romper com a centralidade no modelo biomédico; e incluir a funcionalidade como balizadora das ações voltadas à população idosa.

Abstract

Population aging usually is followed by a high burden of chronic diseases, which have repercussions on the elderly functionality and can result in disability and increasing demands for social and health services. In this context, the Family Health Strategy is fundamental in the care process and shall represent for the elderly the gateway and the bond with the health system. This study aimed to understand the elements involved in the construction of meanings and actions related to aging by community health agents, considering the process of care face with functional disability, in the service and at home. This is a study of qualitative and anthropological approach, supported in the interpretative perspective of anthropology geertzian and in the model Signs, Meanings and Actions proposed by Corin et al (1992) to guide the collection and analysis of data. Semi-structured interviews were conducted with community agents, between February and April 2011 in the city of Bambuí, Minas Gerais, Brazil. All were recorded, transcribed and analyzed. In the work process of agents - all women - stood out home visits, which was in response to immediate demands of risk groups, focusing on the disease and the provision of inputs and procedures. How not received instructions to work with families with elderly, intuitively established "equitable" criteria anchored in a solidarity dimension, but that reinforced the biomedical model and the fatalistic view of aging inexorably associated with disability. The meaning of being elderly was related to several losses, including autonomy, denied by the infantilization of old age. The aging process was perceived as a "natural" process of disability and distress, impossible to be avoided, minimized or delayed. The care provided to elderly, predominantly informal, occurred fully (24 hours), intuitive, improvised, lonely and by obligation without compensation or recognition. And it was permeated by: gender, care overload; caregiver unpreparedness; responsibility of the family and of the elderly; omission of the State; invisibility of care to the caregiver; and centrality in the biomedical model. Recognizing the limits and experiences of agents in the working world, the public health needs to face its own unpreparedness and the families unpreparedness to care for the frail elderly and to support the family caregivers; break away from the centrality in the biomedical model; and include the functionality as a delimiter of actions for the elderly population.

APRESENTAÇÃO

Essa tese é requisito para a obtenção do título de Doutor em Ciências na área de concentração Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. O presente estudo é um desdobramento de um projeto maior intitulado “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos”, que tem por objetivo explorar a dinâmica da funcionalidade em idosos, especialmente quanto aos fatores relativos à pessoa (gênero, meio sociocultural, atitudes e estratégias de enfrentamento), aos seus determinantes (fatores predisponentes, condições de saúde) e aos recursos (humanos, técnicos e de serviços), cujo reconhecimento assume importância fundamental para elaboração de políticas públicas adequadas.

Tal projeto configura-se como um desdobramento do “Projeto Bambuí”, um estudo de coorte de base populacional com idosos residentes na comunidade no município de Bambuí, cujo principal objetivo é investigar preditores de mortalidade, hospitalização, e de limitação física e cognitiva em pessoas idosas. Todas as pessoas com 60 anos ou mais, em 1º de janeiro de 1997, foram convidadas a participar da coorte (N=1.742); dos quais, 92,2% foram entrevistados e 85,9% foram submetidos a exames hematológicos e bioquímicos, sorologia para *Trypanosoma cruzi* (pelo fato de Bambuí ter sido área endêmica para Doença de Chagas¹), medidas antropométricas e de pressão arterial e eletrocardiograma. Alíquotas de soro, plasma e DNA foram estocadas para futuras investigações. A entrevista da linha de base do estudo incluiu: características sociodemográficas, percepção da saúde e morbidade autorreferida, uso de medicamentos, acesso a serviços de saúde e a planos de saúde, atividades físicas, uso de fumo e de álcool, hábitos alimentares, história reprodutiva, função física, eventos da vida, recursos sociais e saúde mental. Os participantes da coorte são acompanhados anualmente¹⁻³.

Dados da linha de base do Projeto Bambuí dão conta de que 23% dos idosos entrevistados apresentam algum grau de incapacidade para a realização de atividades básicas da vida diária⁴, o que revela a expressiva magnitude desta condição na população idosa. Vários trabalhos vem sendo desenvolvidos com dados do Projeto Bambuí (artigos, dissertações e teses) e do Projeto “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos”. De um modo geral, os resultados desses trabalhos apontam para a importância do serviço público de saúde, especialmente em um contexto onde 80,7% da população idosa encontra-se sob cobertura exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) e 19% possuem plano privado de saúde⁵. Soma-se a esta questão a elevada carga de doenças e sua repercussão sobre a funcionalidade da pessoa idosa^{6,7}; elevado número de hospitalizações^{8,9}; grande número de medicamentos utilizados, seu uso incorreto e a automedicação^{5,10}; o papel central da família como principal cuidadora da pessoa idosa frágil^{5,11}; e a importância da

Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada ao serviço de saúde e seu potencial em lidar com a dimensão funcional determinante na saúde do idoso, apesar da descrença no serviço de saúde local, como apontado por alguns destes estudos^{6,12}.

O presente trabalho tem como público alvo os profissionais do serviço público de saúde, ampliando as possibilidades de investigações e os desdobramentos para a saúde da população idosa, que servem de base para se pensar políticas e ações referentes ao idoso.

O Brasil mudou sua configuração demográfica, tornando-se um país com grande contingente de idosos¹³, o que tem acontecido de forma rápida e sem devido preparo da sociedade e do poder público para lidar com o impacto deste fenômeno nos campos político¹⁴, socioeconômico e sanitário. Tais mudanças têm sido investigadas do ponto de vista epidemiológico em razão de suas repercussões no âmbito da saúde pública. Porém, além dos aspectos quantitativos de variáveis e projeções estatísticas, o processo de envelhecimento e seu impacto nos modos de viver e adoecer na sociedade contemporânea também sofrem influências do contexto sociocultural que precisam ser analisadas e compreendidas.

A antropologia permite estudar esses fenômenos à luz da relação do homem e da sociedade com a cultura, descortinando símbolos e significados que influenciam e determinam as práticas de cuidado relativas ao processo saúde-doença e suas implicações para os sistemas de saúde.

Assim, o presente trabalho tem por objetivo compreender os elementos que participam da construção dos significados e ações relacionados ao envelhecimento pelos agentes comunitários de saúde (ACS) inseridos na ESF, considerando o processo de cuidado decorrente da incapacidade funcional, no serviço e no domicílio.

Esse volume organiza-se da seguinte maneira: inicia-se com uma breve introdução, seguida dos objetivos gerais e específicos para situar bem o leitor; posteriormente, é apresentada a revisão bibliográfica, o quadro teórico que guiou o estudo, bem como a metodologia empregada. A sessão “resultados e discussão” apresenta, primeiramente, o sujeito do estudo – as ACS entrevistas, seu perfil e seu processo de trabalho, seguida de três artigos, apresentados separadamente. Após essa sessão, segue-se as considerações finais da presente pesquisa. Ao final do volume encontram-se os anexos contendo: roteiro para entrevista e termo de consentimento.

O primeiro artigo dos resultados analisa a visita domiciliária que emergiu como principal atividade realizada pelas agentes e espaço onde se relacionavam com as pessoas idosas, seus familiares e cuidadores. Assim, trata dos sentidos que os agentes atribuem à visita domiciliária que realizam junto a famílias com idosos frágeis. O segundo artigo aborda os modos de pensar e agir das ACS face ao envelhecimento e à incapacidade funcional da

população que assistem, no contexto da atenção básica à saúde. A fim de explorar o processo de cuidado aos idosos não só no serviço, mas também no domicílio, no terceiro e último artigo deste volume, busca-se compreender os modos de pensar e agir dos agentes relativos ao cuidado exercido pela família ao idoso frágil.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno que deve ser compreendido do ponto de vista individual e populacional. Para o indivíduo, no campo biológico, entende-se por envelhecimento o processo dinâmico e progressivo que se inicia desde o momento da concepção¹⁵, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas da maturação até a morte. Porém o envelhecimento também abrange o somatório de outros processos que se sucedem e se superpõem, os quais envolvem aspectos psicossociais¹⁶ e culturais. Disso decorre uma variedade de modos de ser velho e de contextos que o determinam¹⁷. As velhices devem ser pensadas sócio-historicamente¹⁸ e no plural: diversas formas de envelhecer estão presentes em um mesmo grupo etário; vários grupos etários cabem dentro desta única denominação genérica de velhice¹⁹.

No campo demográfico, o envelhecimento populacional refere-se à mudança na estrutura etária da população, que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice²⁰. Nos países desenvolvidos, considera-se idosa a pessoa maior de 65 anos e nos países em desenvolvimento, os maiores de 60 anos de idade²¹.

No mundo, esse fenômeno acontece em ritmos diferentes, conforme os contextos socioeconômicos. Nos países desenvolvidos, as populações envelheceram lentamente e em paralelo ao crescimento e à melhoria de setores como educação, saúde, trabalho, das condições de habitação e saneamento, resultando na elevação da qualidade de vida da população. Enquanto nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil e outros países latino-americanos, a transição demográfica acontece de maneira desvinculada do desenvolvimento social dos países e em um ritmo acelerado²²⁻²⁴.

No Brasil, o envelhecimento populacional se iniciou na década de 60 do século passado, quando começaram a diminuir as taxas de fecundidade e mortalidade infantil⁶. A cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira e se observa um processo de envelhecimento no interior do próprio grupo de idosos, verificado pelo crescimento do número de indivíduos com 80 anos ou mais²⁵. De acordo com projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, em 2025, o Brasil será o sexto país em contingente de idosos, com 32 milhões de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos¹⁷.

O envelhecimento populacional brasileiro cresce em complexidade devido à heterogeneidade do grupo de idosos em termos etários, socioeconômicos, sanitário, funcional e de histórias de vida, o que gera demandas diferenciadas aos serviços sociais e de saúde e interfere diretamente na avaliação das necessidades e na formulação de políticas públicas para este segmento¹⁴. Além disso, o preconceito contra a velhice na perspectiva de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo acarretam dificuldades

para se pensar políticas específicas para a pessoa idosa que sejam de fato inclusivas e eficazes^{14,17,26}.

Assim, um passo decisivo para enfrentar os desafios trazidos pelo envelhecimento é compreender a realidade a partir da qual serão definidos os conteúdos das políticas e os instrumentos adequados para medir o impacto das ações²⁷ e resultados alcançados. No caso da saúde pública brasileira, tradicionalmente ela tem centrado suas ações no grupo materno-infantil e nas pessoas com doenças infectocontagiosas¹⁵ e ainda não incluiu a contento as novas e crescentes demandas sociais e de saúde dos idosos, de seus familiares e cuidadores^{11,14,28-30}. Envelhecer exige a reestruturação do modelo assistencial à saúde para contemplar o segmento idoso de forma integral²⁹, incluindo atenção hospitalar, ambulatorial, realização de exames, uso de medicamentos, cuidados comunitários e domiciliares continuados para uma população com elevada carga de doenças crônicas não transmissíveis – maiores causas de óbitos e de incapacidade neste grupo populacional¹⁴.

Isso significa que a atenção à saúde da pessoa idosa deve ultrapassar o controle e a prevenção de doenças e incluir de forma sistemática a dimensão funcional da saúde, a preservação da autonomia e a prevenção da incapacidade funcional como fatores determinantes da qualidade de vida e do bem-estar na velhice¹⁴. O foco deve ser a saúde, o seu monitoramento, e não a doença³¹.

A funcionalidade é uma dimensão da saúde, influenciada por múltiplos fatores³² que deve também ser abarcada como uma experiência referenciada a um universo social e cultural específico¹¹. É importante ressaltar que a incapacidade pode não ser um estado permanente, pois trata-se de um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida na presença de ambiente e assistência favoráveis^{4,33}. A presença da incapacidade é um indicador de saúde da população idosa utilizado em estudos epidemiológicos e determina a necessidade de um cuidador^{4,11,14,28}. E no Brasil, o impacto da incapacidade funcional em idosos sobre o sistema de saúde ainda precisa ser conhecido.

Ademais, na prática, a questão da velhice é tratada no âmbito da vida privada e o Estado brasileiro se apresenta como um parceiro apenas pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados^{4,11,14,34}. Ressalta-se que o Brasil é um país marcado por desigualdades sociais, as quais impactam os modos de envelhecer e comprometem a qualidade de vida da população mais idosa, contribuindo ainda mais para sua exclusão social³⁵. Dessa forma, no âmbito do SUS, a atenção básica prestada pela ESF assume papel fundamental no processo de cuidado à população idosa, devendo representar para esta, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde³⁶.

Dentre os profissionais da ESF, destaca-se o ACS, apontado na literatura como “elo” entre o serviço de saúde e a comunidade^{29,37}, por pertencer, ao mesmo tempo, do universo sociocultural da população assistida^{63,64,66} e da equipe de saúde, para a qual deve comunicar as diversas demandas dos usuários, incluindo o cuidado aos idosos, seus familiares e cuidadores.

Portanto, compreender as percepções, imagens e significados que os profissionais atribuem ao processo de envelhecimento e à velhice e verificar de que forma estes modos de pensar interferem nos comportamentos destes atores e como se refletem nas práticas do serviço de saúde^{15,28,29} pode subsidiar a criação de ferramentas e estratégias de desmistificação de preconceitos frente à temática abordada. De modo especial, explorar e compreender a visão dos ACS que partilham da cultura da comunidade, e ao mesmo tempo incorporam e difundem em seu meio uma concepção de envelhecimento que pode ser positiva ou negativa, pode contribuir para o processo de mudança da representação social da velhice na sociedade.

Esta compreensão poderá subsidiar o planejamento e implementação de programas e políticas de intervenção e assistência às famílias com idosos dependentes, possibilitando a construção de conteúdos específicos voltados à formação e capacitação de pessoal – especialmente diante da carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção^{14,38}. Além disso, ela pode servir como instrumento para gestão e auxiliar na tomada de decisões e nas discussões sobre o papel da equipe de saúde e os tipos de apoio que podem oferecer aos idosos, sua família e seus cuidadores^{15,28,29}.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O presente trabalho tem por objetivo compreender os elementos que participam da construção dos significados e ações relacionados ao envelhecimento pelos ACS inseridos na ESF, considerando o processo de Cuidado face à incapacidade funcional, no serviço e no domicílio.

2.2. Objetivos Específicos

Compreender os sentidos que agentes comunitários atribuem à visita domiciliária realizada junto a famílias com idosos frágeis e se esta tecnologia do trabalho tem servido como uma ferramenta de Cuidado a este grupo populacional.

Compreender os modos de pensar e agir de ACS face ao envelhecimento com incapacidade funcional da população que assistem, no contexto da atenção básica à saúde.

Compreender os modos de pensar e agir das agentes relativos ao cuidado exercido pela família ao idoso frágil.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Envelhecimento e Incapacidade Funcional

Desde o século XX, tem-se observado um processo mundial de envelhecimento da população e aumento da longevidade, que trazem consigo alterações no padrão de morbidade: a predominância de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações em relação às doenças infectocontagiosas³².

No Brasil, a população vem envelhecendo de forma rápida e intensa^{13,23}. O país parte de uma esperança de vida no início do século XX de 33,5 anos, para os 50 anos na metade do século e alcança os 73,5 anos em 2010. Além disso, o próprio segmento idoso envelhece: entre 1997 e 2007, a população entre 60 e 69 anos teve crescimento relativo de 21,6%, enquanto o grupo de 80 anos ou mais aumentou 47,8% no mesmo período, chegando a 65% em alguns lugares¹³. Entretanto, cabe questionar como estas pessoas têm envelhecido: aumentou o número de idosos vivendo sozinhos; muitos continuam trabalhando e possuem papel importante na família, contudo, são mal remunerados, especialmente as mulheres; muitos apresentam doenças crônicas e sérias limitações em sua capacidade funcional que demandam cuidados¹³.

Existem projeções mostrando que a população idosa funcionalmente incapacitada tende a aumentar significativamente e em um curto período de tempo. Nos Estados Unidos, projeta-se um rápido aumento desse contingente até o ano de 2060, com um crescimento de 245% para a população institucionalizada; 179% para a população com incapacidade; 208% para a população que vive na comunidade e dependente em 5 a 6 AVDs (atividades de vida diária); enquanto para a população idosa independente o crescimento será de 126%. Conseqüentemente, a taxa de idosos independentes passará de 3,2:1 dependente em 1985 para 2,5:1 em 2060. Além disso, a população feminina dependente aumentará de 2,8 milhões em 1986 para 8,6 milhões em 2044 – padrão similar observado também entre os homens. Portanto, a proporção de idosos masculinos e femininos dependentes triplicará em menos de sessenta anos neste país³².

Segundo Veras³⁹, no Brasil, estima-se que o número de pessoas cuidadas por não familiares (cuidadores formais) duplique até 2020, chegando a ser cinco vezes maior em 2040 em comparação ao ano de 2008.

Assim, haverá um crescente número de pessoas idosas vivendo mais, contudo, com um maior número de condições crônicas, as quais podem resultar em diferentes graus de incapacidade funcional, tanto a curto quanto em longo prazo³². Este quadro tem gerado uma

busca pela construção de indicadores de saúde focados na morbidade e nas consequências das doenças crônicas⁴⁰.

Portanto, a capacidade funcional torna-se um novo paradigma de saúde para a população idosa. Todavia, devido ao seu caráter multidimensional, dinâmico e complexo, existe uma grande dificuldade na conceituação e mensuração da incapacidade funcional de um indivíduo e de populações³². As discussões a respeito das teorias existentes para explicar a funcionalidade e a incapacidade humana podem auxiliar a construção de indicadores, bem como na elaboração de políticas públicas mais efetivas⁴⁰.

Existe certa polarização na produção científica atual e debates referentes às teorias da incapacidade quanto às concepções médica e social: a primeira, partindo de uma compreensão naturalística da incapacidade, tem como foco o corpo deficiente ou a disfunção em partes do corpo; enquanto o discurso social vê a incapacidade como resultado de uma (des)organização social, ou seja, uma redução de oportunidades sociais para as pessoas⁴⁰.

O discurso biomédico volta-se para a deficiência, a doença ou a “anormalidade” que perpassam o corpo e na maneira como isso produz algum grau de incapacidade ou limitação funcional. O corpo é tomado como objeto de interesse científico, de classificação e intervenção. Uma vez classificado como inválido e dependente, o indivíduo é colocado em posição de vítima que necessita de cuidados e ajuda de terceiros – no campo médico, de equipes multiprofissionais que irão definir as demandas do indivíduo e as intervenções necessárias para reduzir as consequências negativas da incapacidade. A deficiência é reduzida à categoria de doença corporal e o foco é o paciente e não a pessoa. Nesta perspectiva, a incapacidade seria uma consequência biológica do mau funcionamento do organismo, sobre o qual o médico tem o dever de agir no intuito de reparar a disfunção corporal, aquilo que se desviou da normalidade⁴⁰.

Por outro lado, a concepção social considera que o significado da deficiência e da incapacidade emerge de contextos sociais e culturais específicos, não sendo assim, universal. Estudos antropológicos revelam que em algumas culturas e idiomas nem mesmo existe o termo “incapacidade”. Assim, a incapacidade não é necessariamente o resultado de uma condição de saúde, mas se relaciona à influência e a efeitos de fatores sociais, psicológicos e ambientais. Entretanto, o modelo social cria uma noção de incapacidade “fora do corpo”, contribuindo para a manutenção da ambiguidade cultura/natureza e biologia/sociedade⁴⁰.

Apesar disso, a concepção social alarga o olhar sobre a incapacidade ao colocar a importância do contexto social no processo de significação desta pelos diferentes sujeitos e sociedades, em um dado momento. Assim, a incapacidade não seria algo que a pessoa tem,

mas uma forma de discriminação e exclusão, de barreiras atitudinais e sociais que incapacitam o indivíduo⁴⁰.

O grande desafio seria compreender a relação complexa entre fatores biológicos e sociais, considerando o corpo como fenômeno biológico e produção social⁴⁰.

Até a década de 1970, predominou um modelo essencialmente médico, cujo foco estava nas condições agudas. Por desconsiderar as doenças crônicas, suas consequências e a necessidade de atendimento para além dos cuidados médicos, tal modelo tornou-se insuficiente. Ademais, existia uma enorme confusão conceitual em torno do termo incapacidade. Somente a partir desse período é que foram estabelecidas diferenciações entre os conceitos de patologia, deficiência, limitações e incapacidade³².

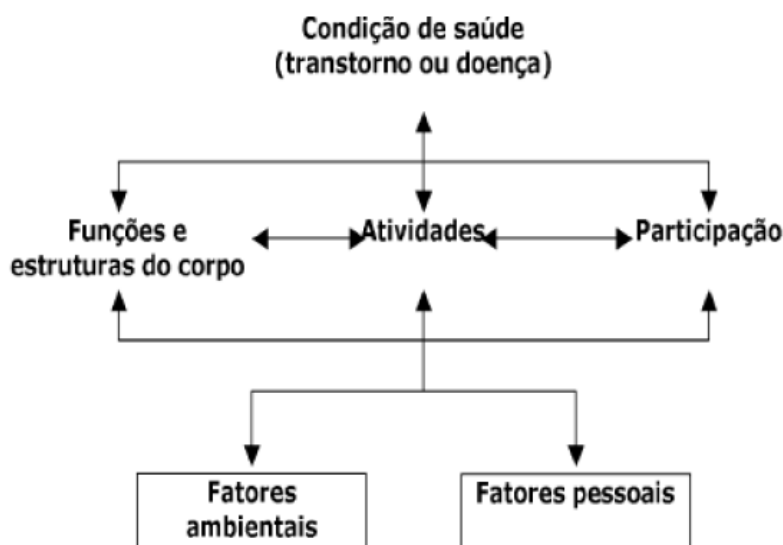
As condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões são classificadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão) a qual fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões. A necessidade de se conhecer as consequências de tais condições com o passar do tempo, especialmente aquelas relacionadas às doenças crônicas e acidentes, levou a OMS, em 1976, a publicar a CIDID (Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens), em caráter experimental⁴¹. Nesta, a deficiência (*impairment*) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; a incapacidade (*disability*) é caracterizada como as consequências da deficiência em relação ao rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; e a desvantagem (*handicap*) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade.

Doença \implies Deficiência \implies Incapacidade \implies Desvantagem

Tal classificação recebeu críticas devido à falta de relação entre as dimensões que a compõe, descritas como uma sequência linear de eventos, e a não abordagem de aspectos sociais e ambientais. Após revisões e testes, em maio de 2001 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, em português, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF⁴¹.

O conceito central da CIF é a *funcionalidade*, que diz respeito aos componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social, correspondendo ao aspecto positivo da saúde do indivíduo, enquanto a incapacidade seria o negativo⁴¹. Assim, a incapacidade funcional pode ser compreendida como as limitações e dificuldades na realização de atividades cotidianas, em qualquer domínio da vida, ou a restrição na participação social, resultante da interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças,

lesões, traumas) e dos fatores contextuais (atributos pessoais e ambientais) do indivíduo⁴². Nesse modelo cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores contextuais.



Portanto, a CIF é baseada em uma abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde a fim de desenvolver um entendimento relacional ou não dualístico do corpo. De acordo com a OMS, sua aplicação é universal e pode ser usada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde⁴⁰. Este modelo representa um avanço, pois a incapacidade deixa de ser adotada como uma simples consequência da doença e para ser vista como uma classificação dos componentes da saúde³²; passa de uma tragédia pessoal e familiar passível de correções médicas para uma questão que é também de toda a sociedade⁴³.

As Classificações Internacionais de Saúde, elaboradas pela OMS, constituem modelos consensuais a serem incorporados pelos Sistemas de Saúde, gestores e usuários, e que fornecem uma linguagem padronizada para descrever todos os aspectos da saúde humana. Dessa forma, facilitam o levantamento, a formação de bases de dados nacionais consistentes, a análise e a interpretação de dados, e permitem a comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre diferentes regiões e países. E, de acordo com a OMS, a CID-10 e a CIF são classificações complementares, pois a informação sobre o diagnóstico aliada à funcionalidade resulta em um quadro mais completo sobre a saúde de indivíduos e populações^{40,41}.

Vale destacar que o modo como os profissionais abordam os indivíduos e seus problemas é influenciado pelos modelos conceituais que adotam e tem relação com a forma como o conhecimento e a experiência são organizados⁴⁰.

Assim, a CIF introduz um novo paradigma para se pensar e agir frente às condições de saúde de indivíduos e populações; para ações de inclusão social; na elaboração de indicadores

e uso pelos sistemas de informação e na elaboração de estatísticas de saúde; na formulação e implementação de políticas públicas; e para dar subsídio às legislações pertinentes^{40,41}.

Todavia, na prática, a operacionalização da funcionalidade e da incapacidade tanto para fins de pesquisa como para a abordagem clínica e de reabilitação, não é tarefa fácil, especialmente na abordagem de pessoas idosas³². Nesse sentido, as atividades de vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) são as medidas frequentemente utilizadas para avaliar a incapacidade funcional do indivíduo, constituindo-se indicadores determinados pela comunidade científica como válidos e confiáveis^{23,32}.

As AVDs consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário, atravessar um cômodo caminhando, e são os indicadores de incapacidade funcional mais utilizados. As AVDs se baseiam no índice de Katz, construído em 1963 por Sidney Katz e colaboradores³².

As AIVDs, escalas desenvolvidas por Lawton e Brody em 1969, são tarefas mais complexas e envolvem atividades adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade, como, por exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro³².

As AVDs e AIVDs podem ser avaliadas separadamente ou em associação dentro de uma ou mais escalas. Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as AVDs, mais severa é a sua incapacidade e maior a necessidade de ajuda de terceiros³². Ademais, as doenças crônicas podem ser incapacitantes ou não. Portanto, faz-se necessário classificar a incapacidade em graus de dependência (leve, parcial ou total), pois é este que determina os tipos de cuidados que serão necessários³³.

Embora algumas definições preconizem que a incapacidade funcional compreenda as dimensões física, cognitiva e emocional, há um predomínio de pesquisas que utilizam apenas as medidas físicas e instrumentais. A maioria dos estudos define a incapacidade funcional em termos de inabilidade ou dificuldade do indivíduo executar tarefas físicas básicas ou mais complexas ou de algum domínio da vida considerada como normal³².

Ressalta-se que não existe um método correto ou único para medir a incapacidade funcional. Portanto, faz-se necessário que os pesquisadores mencionem claramente em seus estudos o conceito de incapacidade funcional empregado e qual a medida ou quais instrumentos foram aplicados³².

Por fim, a funcionalidade é uma dimensão da saúde, influenciada por múltiplos fatores³² que deve também ser abarcada como uma experiência referenciada a um universo social e cultural específico¹¹. E considerando que a incapacidade é um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida na presença de ambiente e

assistência favoráveis^{4,33}, importa saber como se dá o cuidado à pessoa idosa – principal grupo de risco para incapacidade funcional.

3.2 O cuidado à Pessoa Idosa

No Brasil, o cuidado a uma pessoa idosa com incapacidade acontece no âmbito privado, pela família, porém, sem o devido apoio de políticas públicas que viabilizem cuidados de longa duração^{4,22} e sem reforço ao suporte social. Usualmente, tal cuidado é realizado por um sistema de suporte informal, incluindo familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade que o fazem sem qualquer remuneração, voluntariamente ou por imposição circunstancial, especialmente em contextos marcados pela pobreza e desigualdades sociais^{4,33,34}.

Entende-se suporte social como todas as ações de diversas naturezas (emocional, instrumental e informativa, cognitiva e material) realizadas por diferentes atores com o propósito fundamental de contribuir para o bem-estar do outro em uma situação cotidiana ou emergencial. Os suportes sociais são transações interpessoais que implicam ajuda, afeto e afirmação⁴⁴.

Por sua vez, o ato de cuidar é voluntário e complexo, permeado por sentimentos diversos e contraditórios^{14,34,45}, que refletem na relação entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Dispensar cuidados a alguém que esteja dependente envolve esforço físico, psicológico e emocional, além de possíveis custos financeiros diretos (por exemplo, medicamentos) e indiretos (por exemplo, a perda de rendimentos devido à renúncia de trabalho remunerado)²⁸. Esses fatores podem resultar em situações de conflito entre o cuidador e o idoso dependente e em padrões de cuidados ruins, negligência ou mesmo abuso à pessoa que necessita de cuidados²⁸.

Assim, cuidar de idosos dependentes no domicílio requer orientação, informação e assessoria de especialistas^{14,38}, incluindo a provisão de suporte adequado por instituições públicas ou privadas. Além disso, pesquisas apontam o fato de alguns cuidadores serem também idosos, que vivenciam o próprio envelhecimento e correm o risco de adoecerem em um breve espaço de tempo caso o suporte necessário não lhes seja provido^{15,28}. Afinal, o ato de cuidar implica em riscos, especialmente se realizado de forma inadequada, sem orientação e apoio, podendo onerar de diversas maneiras o próprio cuidador, a pessoa cuidada e sua família^{4,15,34,45}.

De acordo com Kalache⁴⁶, em qualquer país a maioria dos idosos vive na comunidade e nela devem ter seus problemas de saúde gerenciados. Quando este processo falha, as

condições de saúde do idoso e a sobrecarga para os cuidadores informais aumentam, gerando maiores pressões para a institucionalização, a qual normalmente não interessa ao idoso tampouco a quem paga por tais cuidados institucionais, seja o setor público, seja o indivíduo, ou ainda o seguro privado.

Entretanto, apesar do envelhecimento acelerado e intenso e do maior contingente de pessoas idosas com incapacidades, até o presente, o país não conta com uma política de cuidado e de suporte aos papéis atribuídos às famílias, nem com uma rede de serviços socio sanitários que apoiem a pessoa idosa dependente, seus familiares e seus cuidadores^{22,33,47,48}. Isso contrasta frontalmente com o disposto nas políticas existentes em relação ao idoso, como mostrado a seguir.

3.3 O idoso nas políticas públicas brasileiras

A partir da década de 1980 o envelhecimento da população brasileira começou a se mostrar de modo mais enfático, não sendo mais possível ignorá-lo, especialmente no âmbito das políticas públicas do país. Até então, o envelhecimento era questão da família, maior responsável pelos cuidados; e às entidades assistenciais filantrópicas cabia o apoio e amparo dos desassistidos ou em situação de risco. Quanto aos velhos abandonados e/ou sem família, inválidos, os asilos eram a principal instituição de acolhimento⁴⁹.

Timidamente, as políticas públicas, como a aposentadoria, refletiam a velhice, mas como um problema, o qual passou a pressionar o Estado e assim, a legislação do idoso começou a ganhar mais fôlego. Tal legislação regula direitos e deveres, políticas, práticas, formas de tratamentos, serviços, instituições, espaços e outras especialidades relacionadas à velhice. Mas o discurso legal vai além, pois veicula também um conjunto de símbolos, imagens, ideias e valores sobre o envelhecimento, o que influencia as representações, tratamentos e afetos direcionadas aos idosos, ou seja, o modo da sociedade pensar e agir sobre a velhice e o envelhecimento⁴⁹.

Assim, a partir da Constituição Federal⁵⁰ de 1988, criou-se um campo legal para a velhice no Brasil. Por meio do Art. 230, a Constituição estabelece que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. E determina ainda que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. Além disso, foram garantidos direitos relativos à(ao): saúde; assistência social e amparo na velhice, discriminação por idade; transporte coletivo urbano gratuito; voto facultativo; vantagem ao candidato mais velho que empate em eleições; isenção de impostos

conforme a fonte de renda; aposentadoria por idade aos segurados da previdência social e benefício de um salário mínimo mensal para os não segurados da previdência e que não podem prover sua própria subsistência⁴⁹.

Mas, se por um lado a Constituição garantiu tais direitos aos idosos, por outro, impôs limitações, como impedir os maiores de 60 anos de ocupar certos cargos públicos (artigos 73; 101; 104; 107); e obrigou os maiores de 70 anos a se aposentarem, atrelando a longevidade à invalidez: “a aposentadoria com proventos integrais é compulsória por invalidez ou aos 70 anos de idade” (artigo 93, inciso VI). Assim, a aposentadoria compulsória por idade pressupõe a incapacidade, improdutividade e a invalidez dos mais velhos, criando um estigma que contribui para a exclusão social deste segmento⁴⁹.

Após seis anos da promulgação da Constituição, entra em vigor a Lei 8.842/1994, a qual institui a Política Nacional do Idoso⁵¹ – PNI. Destacam-se alguns aspectos desta lei, a saber:

- Pretende garantir os direitos dos idosos e estabelece princípios e diretrizes para orientar ações e programas para estes, considerados como aqueles maiores de 60 anos;
- Estabelece ações intersetoriais de cuidado à pessoa idosa e aponta a promoção da sua autonomia, integração e participação social como finalidades, além de reforçar a responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado no cuidado ao idoso;
- Possui influência científica e do saber geriátrico-gerontológico em seu conteúdo.

A referida lei pretendia criar os Conselhos do Idoso nas três esferas de gestão. Contudo, tal disposição legal foi vetada e o Conselho só veio a ser instituído em 2002⁵². Este possui composição paritária entre representantes de órgãos e entidades públicos e organizações representativas da sociedade civil. Porém, não garante a participação dos próprios idosos, os quais deveriam ser os principais protagonistas, difundindo uma imagem de incapacidade civil que mina o exercício de cidadania do idoso, o que é contraditório, pois ao invés de serem espaços de participação e gestão compartilhada, foram criados de “cima para baixo” e apresentam excessiva burocratização da participação social⁴⁹.

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 2003, é considerada a maior legislação em garantia dos direitos da pessoa idosa⁵³. Junto com a PNI dispõe sobre normas e diretrizes para formulação e execução de políticas e serviços voltados para a população idosa, configurando-se como instrumento legal de proteção social e com poder punitivo. Se por um lado, é visto como um marco para o reconhecimento do idoso no país e de seus direitos⁴⁹, por outro, ele reproduz a Constituição de 1988 e a PNI de 1994, tratando-se de uma nova norma de conteúdo semelhante ao de leis anteriores e que pouco avançou em termos práticos, o que o coloca como uma “legislação simbólica”, ou seja, que não se materializa de fato¹⁹(p. 24).

Na legislação simbólica o Estado é apresentado como instituição de poder, perfeita e ordenada; e a família, na perspectiva da reciprocidade, como instituição igualmente perfeita, infalível e imutável. Mas será esta a realidade? A família presente no texto legal corresponde à família real? A mulher, historicamente cuidadora principal e “natural” tem assumido outros papéis. O Estado reconhece as diversas transformações nos arranjos familiares e papéis de cada membro que compõe a(s) famílias(s)? Antes, o Estado se omite, distribui responsabilidades e delega à “família idealizada” o dever de solucionar problemas que muitas vezes ultrapassam suas possibilidades¹⁹. Cumpre destacar que *“se o Estado não pode substituir a família, a família também não pode substituir o Estado”*¹⁹(p. 26).

Todavia, enquanto importante dispositivo jurídico, o Estatuto não só contribui para o reconhecimento social da velhice, mas também veicula imagens e concepções sobre os idosos que impactam nas ações voltadas para este grupo, uma vez que as informações que transmite tem o valor de “verdades” e direito inquestionável⁴⁹.

De certo modo, o Estatuto revela como a velhice e o idoso têm sido abordados na legislação brasileira: frágil, com inúmeras limitações, incapaz de gerir a própria vida, destituído de autonomia e frequentemente associado à pobreza. Assim, além de colocar os direitos básicos dos idosos, o Estatuto dispõe sobre uma série de medidas protetivas. Ademais, à saúde é dada grande relevância, sugerindo que o envelhecimento é naturalmente acompanhado de doenças e degenerações. O idoso aparece como um indivíduo sem “voz”. Tal observação não tem o intuito de desqualificar a importância legal do Estatuto, mas de mostrar que ele reproduz e difunde a imagem negativa do envelhecimento arraigada na cultura da sociedade⁴⁹.

Neste contexto, o Estado continua aparecendo mais como uma instância reguladora, que delega à família a responsabilidade maior pelo cuidado de seus idosos. E apesar de considerá-los como aqueles indivíduos com 60 anos ou mais, as concessões que envolvem gastos diretos do Estado se destinam aos maiores de 65 anos, o que é uma grande contradição, pois busca a garantia dos direitos deste grupo populacional ao mesmo tempo em que expropria alguns sujeitos dentro do próprio grupo⁴⁹.

A velhice não pode ser vista como etapa homogênea e final da vida, pois essa ideia colabora para a defasagem das políticas públicas por reforçar o preconceito, a discriminação, a falta de acesso a direitos, retroalimentando a carência de políticas governamentais no cuidado à velhice¹⁹.

Em fevereiro de 2006, é publicado o Pacto pela Saúde por meio da Portaria/ GM Nº 399, o qual contempla o Pacto pela Vida⁵⁴. Neste, a Saúde do Idoso é considerada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, gerando diretrizes para

reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o que ocorreu em outubro do mesmo ano. Assim, a PNSPI é atualizada e aprovada na Portaria N° 2.528¹⁴, substituindo a então Portaria N° 1.395/GM de 1999. Todavia, diferentemente das outras prioridades, o Estado não prevê metas ou sanções, quer sejam positivas ou negativas, para o gestor em relação à atenção à saúde do idoso. Posteriormente é prevista a redução de 2% em internações por fraturas de fêmur⁵⁵, que nunca foi alcançada⁵⁶.

A PNSPI assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional e, portanto, o enfrentamento desta condição, bem como a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência, devem tornar-se eixo estruturante para formulação de políticas e implementação das ações em saúde da pessoa idosa¹⁴. Além de estabelecer um novo paradigma para o campo da saúde do idoso⁵⁷, tal política reconhece ainda:

- que a família tem sido responsabilizada pelo cuidado ao sujeito idoso e propõe “suporte qualificado e constante” aos cuidadores, sendo a ESF de fundamental importância neste processo. A atenção básica é primordial por permitir a criação do vínculo com a população e atenção humanizada; abordagem preventiva, intervenção precoce e promoção à saúde; participação e controle social; além de ultrapassar o modelo de atenção baseado na assistência médica individual;

- a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso em todos os níveis de atenção à saúde e a importância de investir em capacitação e educação permanente;

- a relevância do contexto sociocultural e a necessidade de combater preconceitos contra a velhice, a qual é frequentemente percebida como um ônus e problema para a sociedade ao invés de um investimento e ganho da e para esta, sinal de seu desenvolvimento;

- que ao cidadão idoso deve ser garantido seu direito de participação social, de voz e de agente das ações a ele direcionadas;

- a necessidade de enfrentamento de fragilidades do idoso, da família e do sistema de saúde;

- que o SUS deve atuar de forma articulada com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com outros setores da sociedade, buscando implementar ações intersetoriais e integrais. Ressalta-se que a Política Nacional de Assistência Social⁵⁸ fixa princípios e diretrizes para a implementação do SUAS, com a integração de ações públicas e privadas de oferta de serviços no campo da assistência social, buscando a construção de uma rede socioassistencial;

- a importância de estudos e pesquisas sobre questões relacionadas ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Ressalta-se que, especialmente em relação aos idosos mais frágeis, suas demandas devem ser percebidas e atendidas em tempo hábil e exige ações intersetoriais e articuladas, a fim de alcançar o idoso propriamente dito, sua família e a comunidade⁴. Neste sentido, destaca-se uma experiência inovadora no Brasil no que se refere a Políticas Públicas para a terceira idade: o Programa Maior Cuidado - Projeto Cuidador de Idosos, implementado pela Prefeitura de Belo Horizonte/MG e com gerenciamento compartilhado entre as secretarias de assistência social, saúde e políticas sociais⁵⁹. Este projeto oferece apoio institucional aos idosos semidependentes e dependentes, residentes nas áreas de alta vulnerabilidade social, através da disponibilização de um cuidador formal no domicílio. Dessa forma contribui para a redução da hospitalização e da institucionalização dos idosos, através do fortalecimento da função protetiva das famílias e da qualificação e humanização do cuidado no domicílio⁵⁹.

Contudo, apesar dos avanços em relação às políticas brasileiras de proteção social e de saúde, estas ainda se apresentam muito restritas e largamente insuficientes em relação à oferta de serviços e programas de saúde pública e à amplitude e abrangência da sua intervenção junto à população idosa^{4,11,14,34}, especialmente a parcela dependente de cuidados continuados^{22,47}. Para as políticas e direitos de fato existirem não basta estarem contidas nas leis, antes, precisam ser apropriadas pelos cidadãos democraticamente constituídos¹⁹. Assim, apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção à pessoa idosa, cabe questionar se ele é cumprido ou apenas “*para inglês ver*”¹⁹.

3.4 O papel da Estratégia de Saúde da Família frente ao envelhecimento populacional

Criada para reorientar o modelo de atenção à saúde, a ESF imprime nova dinâmica aos serviços de saúde, os quais passam a trabalhar com a dimensão do território, com a relação de vínculo com a comunidade, com base na intersetorialidade, na humanização das práticas e na perspectiva da atenção integral à saúde⁶⁰. Assim, de que forma tal estratégia pode interferir positivamente no trinômio envelhecimento-funcionalidade-cuidado, visto que a PNSPI¹⁴ estabelece que a ESF deva promover a saúde de pessoas de todas as idades, ao longo de todo o ciclo de vida?

Ações de prevenção de doenças e agravos e promoção à saúde são essenciais para garantir o direito de envelhecer bem, de forma ativa e livre de dependência funcional¹⁴. Isso é especialmente importante em um contexto da saúde pública onde se observa uma assistência fragmentada e centrada no declínio do processo biológico, voltada para uma abordagem essencialmente curativa⁶¹. Além desta fragmentação, as ações em saúde voltadas para a pessoa idosa estão “defasadas”, não acompanharam a mudança demográfica da população, os

serviços de saúde estão sobrecarregados e os custos despendidos com o cuidado à população idosa tem aumentado, justamente pela ineficiência da atenção muitas vezes centrada na doença e em níveis de maior densidade tecnológica, como os hospitais^{31,62}.

Diante desses desafios, alguns aspectos do cotidiano da ESF devem ser mais bem compreendidos, a saber: a mudança do modelo tradicional de atenção à saúde, a instituição de equipes de saúde multiprofissionais, o foco na família da pessoa idosa e os mitos relacionados ao envelhecimento.

3.4.1 Mudança do tradicional modelo de atenção

Os sistemas de saúde são importantes determinantes da saúde dos indivíduos e populações⁵. Em 1979, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orientou os países a promover a regionalização dos serviços de saúde visando aumentar a cobertura e a capacidade de resposta aos problemas de saúde comunitários, bem como levar a tomada de decisões para o nível local, com a participação do usuário e da comunidade, com intervenções adequadas às características socioculturais da população⁶³. No Brasil, isso se deu a partir da criação do SUS, instituído legalmente em 1988, representando uma significativa transformação no sistema de proteção social à saúde no país⁶⁴.

Todavia, problemas relacionados à quantidade e, sobretudo à qualidade das ações de saúde ofertadas à população permaneceram um desafio, suscitando a busca de novos saberes e práticas que viabilizassem a implementação do SUS e sua efetividade, especialmente em um contexto onde a maior parte da população era usuária e depende deste. Assim, a construção de novas estratégias assistenciais ganhou cada vez maior relevância⁶⁴.

Entre tais estratégias, destacam-se a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, cujas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica foram estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de caráter organizativo e substitutivo ao modelo tradicional⁶⁰.

O PACS surgiu a partir da experiência positiva do Programa de Agentes de Saúde, que teve início no Ceará em 1987. Este, por sua vez, foi criado com o intuito de reduzir os índices de morbimortalidade infantil e materna na região nordeste à época, contribuindo para “levar o SUS” para as comunidades, fixar profissionais da saúde em locais de vulnerabilidade socioeconômica, inserir líderes comunitários nas políticas públicas, respeitando os aspectos culturais de cada região e atendendo a recomendações da OMS de criar opções viáveis para amenizar os problemas de saúde da população⁶⁵⁻⁶⁷.

Em 1994, o PACS foi redimensionado com a formação das primeiras equipes multiprofissionais do PSF⁶⁷. Gradualmente, este foi adquirindo o status de estratégia de reorganização da atenção básica e do modelo assistencial no país⁶⁸, e em 1997 foi redefinido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a proposta de se constituir como eixo estruturante do SUS, porta de entrada e local privilegiado para a prestação de ações e serviços de saúde⁶⁹, de forma integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita¹⁵. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em novembro de 2014 havia no país 39.064 equipes de Saúde da Família implantadas, alcançando uma cobertura de 62,16% da população brasileira⁷⁰.

As atribuições gerais da ESF perpassam a prestação, na unidade de saúde e no domicílio, de uma assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, realizada por uma equipe multiprofissional^{15,16}, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família⁷¹.

Contudo, o modelo tradicional de assistência à saúde – ainda muito disseminado no país – é caracterizado pela prática essencialmente biológica, médico-medicamentosa, hospitalocêntrica, associada à utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, com cobertura e resolubilidade baixas e elevado custo¹⁵. A ESF recomenda a superação do modelo biomédico a partir do desenvolvimento de práticas integrais à saúde, pautadas nos seguintes elementos^{15,72}:

- o acolhimento: diretriz operacional que propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento dos serviços de saúde centrados em um saber estruturado e reduzido à produção de procedimentos, passando a ser usuário-centrado⁷²⁻⁷⁴;

- o estabelecimento de vínculo entre os profissionais da saúde e a população: crucial para o sucesso dessa estratégia^{16,37}, baseia-se na responsabilização e no compromisso entre estes atores e institui um novo tipo de Cuidado, com ampliação da eficácia das ações de saúde e do favorecimento da participação da comunidade^{16,37,72}. Além disso, o vínculo pode desencadear a desmistificação do envelhecer na comunidade, para que ações preventivas e educativas acerca da saúde da pessoa idosa possam ser realmente efetivas¹⁵; e ainda;

- a aproximação da realidade das famílias e a escuta dos profissionais: meios que permitem conhecer as reais necessidades da população e o seu modo de vida⁷³ e confrontá-los ao que a ESF tem a oferecer. Este processo pode revelar mudanças que precisam ser implementadas no modelo assistencial⁷².

Além disso, a participação do usuário, independentemente da idade, é um dos pilares do SUS, confirmado pela Política Nacional de Atenção Básica⁶⁰. Assim, o trabalho das

equipes de saúde da família deve incluir ações coletivas na comunidade, como atividades de grupo, participação nas redes sociais dos usuários, além de ações educativas^{61,73}, que sirvam como espaços de participação, integração social e troca de experiências e que favoreçam a atuação dos profissionais nas dimensões social e cultural da comunidade. Ademais, a permanência da pessoa idosa na rotina familiar e na vida em comunidade é fundamental à preservação do seu equilíbrio biopsicossocial e constitui uma das importantes missões daqueles que abraçam a proposta da atenção básica resolutive, integral e humanizada^{25,75}.

Na velhice, a importância do engajamento da pessoa idosa na comunidade, na família e em grupos de atividade social aumenta, pois ele propicia possibilidades de desenvolvimento das capacidades pelas pessoas idosas, seja como oportunidade de o idoso utilizar suas potencialidades e melhorar a autoestima e a motivação para a vida, ou porque a associação entre estilo de vida ativa e participação social pode minimizar o declínio cognitivo na senescência¹⁷. Porém, no nosso meio, os preconceitos relacionados à velhice, que resultam muitas vezes da insuficiente informação a respeito do processo de envelhecimento, podem comprometer a vivência e a interação entre as pessoas, compondo estereótipos que favorecem a exclusão dos idosos na comunidade¹⁷. Há que se considerar como e quando o idoso participa de fato do sistema de saúde e como tal participação tem sido compreendida: estimulada ou boicotada, valorizada ou ignorada.

3.4.2 Equipe de saúde multiprofissional

A operacionalização da ESF se dá através do trabalho de equipes multiprofissionais, dirigido às populações em territórios delimitados com aproximadamente mil famílias ou quatro mil habitantes, pelas quais elas assumem a responsabilidade⁶⁹. Frente à enorme variabilidade de contextos onde se implanta a ESF e à amplitude de finalidades⁷⁶ e expectativas atribuídas a ela, é importante considerar que os profissionais da ESF constituem o corpus dos recursos humanos que pode contribuir para o envelhecimento saudável da população.

Cada equipe é composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e pode ser ampliada, passando a contar também com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e/ou um técnico em higiene dental⁶⁰. A atuação das equipes ocorre, sobretudo, em unidades básicas de saúde e nas residências e espaços da comunidade⁶⁹.

A partir de 2008, a ESF passou a contar com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da

atenção básica e de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica⁷⁷. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, psiquiatra, entre outros⁷⁷, os quais podem participar ativamente do cuidado e suporte aos idosos, seus familiares e cuidadores, otimizando o trabalho interdisciplinar e integral.

Dentre os profissionais da ESF, destaca-se pela sua especificidade, o agente comunitário de saúde, o qual deve pertencer à comunidade onde atua por conhecer suas necessidades e participar do cotidiano das famílias, funcionando como mediador de tensões destes sujeitos e comunicador das demandas por eles expressadas à equipe de saúde, fortalecendo o acolhimento e o vínculo equipe-família-comunidade.

No Brasil, os agentes de saúde surgiram como forma de trabalho voluntário em alguns estados e municípios, apoiados também por instituições não governamentais⁷⁸. Posteriormente, o SUS passou a incluir este sujeito, o qual não encontra possibilidade de atuação fora da esfera pública de saúde⁶⁰.

De fato não existe um ACS *a priori*, mas antes, a sua constituição é processual, construída a partir de suas vivências no cotidiano do trabalho e na relação com a população e com os demais integrantes da equipe, contextualizada sócio-historicamente^{65,67}. Conforme Jardim e Lancman⁷⁹, a identidade de um indivíduo pode ser compreendida como um processo que se desenvolve ao longo de sua vida e que está vinculada à noção de alteridade:

“É a partir do ‘olhar do outro’ que nos constituímos como sujeitos; é na relação com o outro que nos reconhecemos, num processo de busca de semelhanças e diferenças. São as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social e é, a partir de trocas materiais e afetivas, que constitui sua singularidade, em meio a diferenças” (p.125)⁷⁹.

Para este mesmo autor, o trabalho é um elemento central na constituição da identidade e possui implicação direta nas diversas formas de inserção social dos indivíduos, por ser o espaço privilegiado para trocas, aparecendo como mediador central da construção e desenvolvimento dessa identidade individual. Ele permite o confronto entre mundo externo (das relações e organização do trabalho com suas lógicas, regras, valores e desafios) e interno (a singularidade e subjetividade) do trabalhador⁷⁹.

O ACS é o profissional mergulhado neste mundo de subjetividades e significados que, ao mesmo tempo, participa do modelo cultural compartilhado pela comunidade^{37,72,73} e por isso assemelha-se às características e anseios desta, sendo apontado na literatura como “elo” entre a população e a ESF na produção do cuidado^{29,37}.

E é por meio da visita domiciliária – principal atividade exercida pelo ACS⁶⁰ – que este profissional consegue fazer tal mediação, pois a visita permite conhecer *in loco* a realidade e as necessidades das famílias e de seus membros⁸⁰. Trata-se, portanto, de uma ferramenta de cuidado e promoção da saúde⁸¹, de busca ativa e identificação da demanda reprimida, de diagnóstico local e de planejamento de ações a partir da realidade.

Como “elo”, o ACS deve perceber e trazer as demandas biológicas, psíquicas e emocionais das famílias para o serviço, decodificando-as; estar atento para identificar situações de risco e também as potencialidades e estratégias da própria comunidade. Pode oferecer ainda suporte social à população, na forma de orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à promoção da qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos^{37,73} e, no caso da pessoa idosa, otimizar o apoio familiar por meio do cuidado comunitário¹⁵.

3.4.3 Foco na família da pessoa idosa

No Brasil, as políticas sociais têm feito a opção pela família como alvo de atenção e cuidado, rompendo com o paradigma individualista que considera o indivíduo de forma isolada⁸². As unidades de atuação “família” e “comunidade” são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais¹⁶, inclusive da ESF, para a qual, a família é entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social⁷¹.

Contudo, especialmente nas questões relativas ao envelhecimento, a família continua sendo abordada de forma fragmentada ou identificada por meio de representantes e substitutivos, ou ainda, como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico⁸³. Para Sarti⁸², a família deve ser compreendida como um mundo de relações e sua abordagem deve centrar-se nas relações que ela estabelece e não no indivíduo como ser isolado.

Assim, o profissional precisa ficar atento não apenas às dimensões do lugar (o domicílio) e do tempo (o momento atual)⁸⁴. É preciso deixar de apreender a família como um dado imediato da realidade social, para ver nela um instrumento de construção dessa realidade, buscando estar atento ao aspecto dinâmico que a permeia⁸⁵.

Trabalhar com o foco na família da pessoa idosa requer abertura para a ‘escuta’, a fim de identificar os pontos de vulnerabilidade e os recursos de que ela dispõe⁸⁶. Como atesta Sarti⁸⁷(p. 33):

“a família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo de sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam

seu meio de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social (...) e constitui o parâmetro simbólico que estrutura sua explicação no mundo.”

O desafio que se impõe é a realização de um trabalho integrado entre diferentes setores e programas, incluindo a família como sujeito de direitos e deveres, além de se buscar a instituição de uma rede de proteção social ao redor deste grupo. Isso significa que a ESF também deve estar apta para: cuidar de pessoas que envelhecem com alguma incapacidade; construir parcerias entre os profissionais de saúde da atenção básica e os familiares e cuidadores de idosos; dialogar com outras políticas; sistematizar o cuidado no próprio domicílio, evitando-se assim, na medida do possível, eventos como hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento^{33,34}.

Para tanto, a ESF prevê ações que levem em conta a possibilidade de detectar no domicílio as necessidades de suporte e incrementar estratégias comunitárias, no sentido de ampliar redes de apoio social, propiciando a criação de vínculo e inclusão das famílias na comunidade⁸⁸. Isso é fundamental para o grupo mais velho, pois sabe-se que idosos em maior situação de vulnerabilidade ou de fragilidade (como incapacidade funcional, por exemplo) comparecem com menor frequência aos serviços de saúde, o que coloca a atenção domiciliar como modalidade de atenção fundamental, que deve ser planejada para garantir o cuidado adequado e o vínculo com o sistema de saúde³⁸. Ressalta-se que o território no qual as equipes atuam expressa características culturais, socioeconômicas e ambientais – o modo de vida da população que nele vive, ou seja, pode ser entendido como ‘território vivo’, levando-se em conta, além de sua natureza espacial, a ação humana⁶⁹.

Também será no território que profissionais e usuários entrarão em contato com as representações sobre a pessoa idosa⁸⁹.

3.4.4 Os mitos relacionados ao envelhecimento

No Brasil, alguns fenômenos que vêm ocorrendo nos últimos 50 anos, tais como a urbanização intensa, a globalização, as mudanças nos arranjos familiares e nos papéis dos homens e das mulheres, as desigualdades sociais e de gênero, bem como a diversidade do contexto sociocultural brasileiro, influenciam profundamente como as pessoas experimentam e percebem o envelhecimento¹⁹. Para Debert⁹⁰, haveria uma inversão de signos do envelhecimento ou a dicotomia com a coexistência de categorias “opostas”: terceira idade *versus* velhice; aposentadoria ativa *versus* aposentadoria passiva; centro residencial *versus* asilo; etc. Todas essas representações revelam mitos e crenças relativos ao envelhecimento que impactam o processo saúde-doença-cuidado na velhice.

Em relação à velhice, alguns autores^{13,24,35,90,91-95} apontam como principais mitos:

- O lugar social estereotipado ao velho, muitas vezes “disfarçado”: “recolhimento interior” (eufemismo do afastamento do trabalho); “inatividade” (aposentadoria); excessivo foco na prevenção de determinadas doenças (medicalização da idade e do sujeito); infantilização da pessoa idosa (como nas festinhas para terceira idade; a frequente comparação do idoso à criança). Este lugar social quase sempre vai contra o que os próprios idosos falam de si, desejam e fazem, como é o caso daqueles que continuam trabalhando para sustentar a família.

- Homogeneização do envelhecimento, como se todos fossem iguais, enquanto, na realidade, existem muitas maneiras diferentes de envelhecer, como por exemplo: na cidade ou na zona rural; ser homem ou ser mulher; pertencer a uma família rica ou pobre; ter estudado ou não; etc. Além da subjetividade, singularidade e da história pessoal que cada pessoa idosa traz consigo. Idosos, por exemplo, que vivem em áreas rurais enfrentam maiores desafios quanto à disponibilidade e ao acesso aos serviços preventivos e de assistência médica básica ou especializada e de qualidade^{23,24}.

- Velhice igual à doença. Essa visão fatalista e biologicista, e por consequência, médica-medicamentosa do envelhecimento gera ainda um mercado consumidor da saúde (ou da doença) para o idoso.

- “O velho descartável”. Em uma sociedade centrada na produção, dinamismo, consumo, o indivíduo que se aposenta e para de trabalhar, também para de produzir, perde um papel, uma função social e por vezes, quando dependente financeiramente da família e/ou do Estado, passa a ser um “peso”. Não se reproduzem mais, não produzem trabalho e bens, ou seja, não são capazes de reproduzir a sociedade. E, infelizmente, muitos idosos internalizam esta ideia como uma verdade, e passam a se sentir inferiores, inúteis, e como um fardo para si e para o outro, tendem a se isolar ou a negar a chegada da velhice buscando parecer mais jovens e negando sua própria identidade.

- A velhice é um problema. Essa visão encontra-se difundida em todas as classes sociais e instituições, constituindo-se um problema especialmente para a família, para o Estado e para o setor social e da saúde.

Tais mitos precisam ser superados e dar lugar a uma visão mais positiva que possibilite o reconhecimento e a construção da identidade do idoso, valorizando este sujeito na sociedade em seus diferentes espaços e contribuindo para sua inserção social. De acordo com Freitas et al⁹⁶ existe uma tendência contemporânea em rever os estereótipos associados ao envelhecimento, substituindo a ideia de um processo de perdas pela visão de um momento

propício para novas conquistas a partir das experiências vividas e os saberes acumulados e guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal.

Isso não significa ignorar os inúmeros problemas existentes e os quais muitas pessoas idosas têm que enfrentar como a doença, a dependência, o abandono e a solidão, as perdas, maus tratos, dentre outros. Positivar a identidade do idoso é também reconhecer suas necessidades¹³ e buscar atendê-las com respeito, cuidado e carinho; além de valorizar a pessoa idosa por seu saber e como recurso importante para a sociedade como um todo, recurso sociocultural, recurso para as suas famílias, comunidades e economias – desde que em ambientes favoráveis e propícios⁹⁷.

Nessa perspectiva, o “Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento” de Madri⁹⁸, resultante da 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em 2002, representa um marco na direção da valorização da pessoa idosa, pois trata-se do primeiro compromisso internacional que reconhece especificamente o potencial dos idosos e sua importância para o desenvolvimento da sociedade onde vive. Além disso, este documento serve de orientação para todos os países do mundo para inclusão do envelhecimento em suas políticas de desenvolvimento socioeconômicas e sanitárias – Inclusive para a Atenção Básica à Saúde no Brasil –, pois traz claramente os objetivos e ações a serem implementadas, incluindo o compromisso com a eliminação de todas as formas de discriminação, negligência, abuso e violência contra a pessoa idosa, bem como o respeito à sua dignidade²⁴.

Ressalta-se ainda o fato de o mercado de trabalho globalizado estar se tornando um “campo de batalha”: batalha por talentos, habilidades específicas e por cérebros. Portanto, preservar a contribuição daqueles que detêm conhecimento e experiência – como as pessoas idosas – deve ser entendida como uma prioridade²⁴.

Ademais, em quase todos os países industrializados, a geração dos maiores de 50 anos representa o grupo populacional com a maior taxa de crescimento e também com maior poder de compra. Dessa forma, os idosos contribuem não só para manutenção do mercado, como servem também de suporte financeiro para suas respectivas famílias, especialmente ao se considerar que atualmente, devido ao envelhecimento da sociedade, aumentou-se o tempo de convívio entre gerações, sendo cada vez mais comum a existência de famílias de três, quatro e até mesmo cinco gerações²⁴.

Um exemplo disso são as pensões não contributivas, que têm um impacto social para além do benefício direto a estes “aposentados”, situados entre os brasileiros mais pobres. Por menor que seja essa pensão, frequentemente é a única fonte regular de renda de toda a família; e ainda funciona como microfinanciamento, possibilitando o acesso ao crédito, e, por conseguinte, a sonhos, favorecendo o resgate da autoestima e da dignidade. Valer destacar

que mais de dois mil municípios no Brasil, especialmente os mais pobres, têm suas economias girando em torno dessas pensões não contributivas⁴⁶.

Assim, ressalta-se o “Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso”, conduzido pela OMS envolvendo 33 cidades de todas as regiões do mundo, com a realização de grupos focais com idosos para que estes falassem sobre as vantagens e as barreiras que encontravam, abordando oito aspectos da vida urbana. Os resultados apontaram preconceitos contra os idosos, considerados muitas vezes como inúteis, menos inteligentes, “pão-duro” e um estorvo – por consumirem grande parte dos recursos públicos – e que o comportamento desrespeitoso tem sua origem em uma sociedade que glorifica a juventude. Para combater tal comportamento e preconceito, são defendidas: a necessidade de informação e conhecimento sobre a velhice e o envelhecimento e a criação de uma conscientização social, a qual deve iniciar na infância e se estender a todos os grupos sociais; a interação entre as gerações; a participação e inclusão social, dentre outras ações⁹⁷.

Pesquisar sobre a velhice é lançar um desafio de consciência à moral social que tanto hostiliza e rejeita o idoso, cujo envelhecimento deve vir acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança⁹⁶. No âmbito da saúde pública, é primordial a garantia de acesso e Cuidado adequado e oportuno às pessoas idosas, no ambiente em que vivem, bem como a incorporação e disseminação de uma visão positiva do envelhecimento que favoreçam a inclusão social deste grupo populacional que vem crescendo.

Para dar conta da complexidade das questões que envolvem a velhice e especialmente, de sua dimensão cultural, o presente trabalho recorre à abordagem antropológica.

3.5 Contribuições da antropologia

Estudos epidemiológicos são necessários para definição de problemas prioritários em saúde e conseqüente intervenção. Porém, quando se trata de definir as ações que serão privilegiadas para resolução de tais problemas, os estudos antropológicos são imprescindíveis. A antropologia tem suas raízes no século XIX, porém foi no século XX que se observou seu maior desenvolvimento. No Brasil tem se destacado como um dos campos de saber mais dinâmicos da saúde coletiva. Ela investiga como as populações, sociedades e grupos (re)produzem e simbolizam suas instituições e estruturas, relações, técnicas e sistemas classificatórios, memória etc. Trata-se de uma prática compreensiva a respeito das relações sociais e também uma prática epistemológica sobre a cientificidade de suas próprias descobertas⁹⁹. Essa ciência humana permite compreender a diversidade de modos de se envelhecer, as maneiras como os idosos – e os “**outros**” – atribuem significado a esse período

de suas vidas, suas formas de pensar e agir e a situar o envelhecimento em contextos sociais e culturais específicos²⁶.

Até a década de 60, praticamente não havia estudos sociológicos e antropológicos sobre a temática do envelhecimento. Esta se concentrava nas áreas da biologia e da medicina, a qual, no Brasil, foi a primeira a apontar o “problema do velho” como uma questão específica. Sequer existiam trabalhos que utilizavam técnicas como a entrevista aberta e observação participante para coleta de dados, muito utilizadas nas pesquisas antropológicas. Assim, grande parte da literatura tratava o velho como o doente, o paciente do hospital, o pobre, aposentado. Como consequência, os estudos na área social começaram tomando o velho como um problema social, e buscavam uma solução para tal, como um guia direcionado para a velhice; na realidade, para as pessoas ligadas aos velhos, pois partiam do pressuposto claro da dependência e perda da autonomia dos idosos¹⁸.

Para Lins de Barros¹⁸, a antropologia busca aprofundar a respeito de casos específicos para destes extrair questões, hipóteses e encaminhamentos para a compreensão de uma realidade mais ampla do que a do próprio universo estudado. Todavia, a pesquisa antropológica também investiga os universais por trás das complexas elaborações específicas a determinadas culturas.

*“Ou seja, a tentativa de descobrir, com base nas descrições da vida cotidiana em diferentes sociedades, o que haveria de comum em todas elas e que, portanto, poderia ser considerado inevitável na situação dos velhos e no tratamento da velhice, independentemente das variações culturais”*⁹⁰
(p.53-4).

Essa ciência está intimamente relacionada à cultura, oferecendo instrumentos para compreender⁹⁹:

- a especificidade dos sistemas culturais e das subculturas existentes em uma sociedade;
- os elementos microssociais de realização dos indivíduos, como a família, vizinhança, grupos etários etc;
- os elementos que podem condicionar visões de mundo, como a religião, a política, a participação social etc;
- as relações que reatualizam as estruturas e suas representações na sociedade;
- os imponderáveis da vida social;
- as interpretações dos diferentes atores sociais, conforme suas posições e seus interesses.

Na cultura é que se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças, onde tudo ganha sentido, ou sentidos. A antropologia introduziu a cultura na interpretação das estruturas da sociedade e também do processo saúde-doença, contribuindo para⁹⁹:

- relativizar conceitos biomédicos, deixando estes de serem vistos como verdades únicas, para abrir espaço ao saber e experiência subjetiva do homem, o qual possui variadas interpretações do fenômeno saúde-doença. A doença passa a ser considerada uma realidade construída e o doente um personagem social;

- desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos, o que inclui as crenças, tabus e rituais do sistemas de cura, bem como a relação entre o profissionais, o paciente e o modelo de saúde praticado, considerando ainda que não há racionalidade biomédica independente do ambiente sócio-histórico e cultural de seu exercício;

- mostrar as relações existentes entre o processo saúde-doença – e o que se relaciona com ele, como o envelhecimento populacional – e a realidade social, considerando que cada sociedade é dotada de um discurso sobre saúde-doença e sobre o corpo, enraizada na cultura e correspondente à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social (classe, gênero, etnia, classificação etária, etc). O fenômeno saúde-doença está vinculado aos modos de produção, às desigualdades sociais e às redes sociais de apoio a indivíduos e grupos;

- contextualizar os sujeitos e tudo o que o cerca, qualquer fato social, fenômeno, ato ou processo. Considera-se haver uma interação complexa entre fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais do sujeito, o qual, individualmente ou enquanto grupo social, vive de maneira específica e peculiar seu processo saúde-doença;

- apresentar outras formas de abordagem do processo de saúde-doença, buscando superar e ir além dos esquemas interpretativos formais e funcionalistas, abrindo espaço à subjetividade como fundante do sentido; à dinamicidade da realidade; à experiência humana e as relações sociais estabelecidas em determinado contexto; ao sistema de crenças, valores culturais e representações sociais. Para tanto, faz-se necessário abrir-se à escuta do outro, de como este define sua situação e a que dá relevância; à sua experiência biográfica e seu estoque de conhecimento a partir do qual interpreta o mundo em que vive e pauta suas ações. Não significa reduzir as concepções sobre saúde e doença a fatos sociais apenas, pois não se pode negligenciar a importância do fator biológico neste processo.

Em relação aos períodos da vida (infância, adolescência, vida adulta, velhice), a antropologia vem demonstrar que estes não se configuram como propriedades substanciais que os indivíduos vão adquirindo com o avançar da idade cronológica; antes, a pesquisa antropológica busca compreender como um processo biológico é elaborado simbolicamente

por sociedades e culturas diversas⁹⁰. O ser humano continuamente faz interpretações sobre si mesmo e sobre tudo o que o cerca. Vive os acontecimentos e relações sendo capaz de pensá-los, classificá-los e simbolizá-los. Assim, não há humano sem significado e não existe apenas uma explicação para determinado fenômeno. Além disso, no curso da vida, a experiência física do corpo e sua significação passa pelo corpo social, pelas categorias sociais pelo meio das quais o corpo é (re)conhecido, sustentando uma visão particular da sociedade⁹⁹, como se verá a seguir.

3.6 O velho do corpo

“É como se, descendo a Avenida Shaftesbury como um homem jovem, eu fosse subitamente raptado, arrastado para um teatro e obrigado a receber o cabelo grisalho, as rugas e outras características da velhice, e empurrado para o palco. Atrás da aparência da idade eu sou a mesma pessoa, com os mesmos pensamentos de quando eu era mais jovem.”⁹¹(p. 42).

Guerra e Caldas¹⁷ afirmam que *“a velhice é um conceito historicamente construído que se integra ativamente à dinâmica das atitudes e dos valores culturais da sociedade”* (p.2936). No contexto brasileiro, alguns autores têm denunciado o predomínio de imagens, significados, percepções e representações sociais pejorativas em torno do envelhecimento e da velhice^{15,26,92,93}, contribuindo para a construção de uma visão preconceituosa e centrada sob o olhar do outro e desconsiderando a autopercepção dos sujeitos idosos. Tal visão externa e negativa muitas vezes insiste em reconhecer nesta fase da vida apenas dificuldades e perdas e difere daquela das pessoas idosas, que usualmente se veem mais potentes e mais capazes do que a visão que os mais jovens têm dos mais velhos¹⁷.

De acordo com Le Breton¹⁰⁰, a velhice e a morte encarnam o “irredutível do corpo”, por não participar do campo simbólico da sociedade, mas sim, ao lugar da anomalia. A velhice se opõe aos valores centrais da Modernidade: a juventude, a sedução, a vitalidade e o trabalho. Evoca a fragilidade da condição humana, a precariedade e a perda. Assim, o envelhecimento marca uma dualidade entre o sujeito e o seu corpo, o qual se transforma em uma espécie de prisão; o velho torna-se objeto de seu corpo, dependente deste e reconhecido por ele (danificado, doente, que precisa ser lavado, alimentado e cuidado – de alguma maneira) e não pela sua história, deixando assim de ser sujeito. O velho tende a reduzir-se cada vez mais a seu corpo, que o deixará paulatinamente.

A cultura também está inscrita no corpo, ao mesmo tempo em que condiciona e transforma a natureza, mas nunca de modo homogêneo, pois está condicionada pelos sistemas de relações sociais em seus modos de realização. Daí o que se observa são corpos que se diferenciam conforme o tempo, o lugar, a classe, os valores sociais etc⁹¹. De fato a pessoa idosa na relação com seu corpo tem de enfrentar certo estigma, cuja importância varia conforme a classe social a que pertence e à qualidade do acolhimento no seio familiar¹⁰⁰.

De acordo com Goffman¹⁰¹, o estigma é uma relação entre atributo e estereótipo, estando sua origem ligada à construção dos significados através das interações no corpo social. Nesse sentido, a sociedade institui como as pessoas devem ser; logo, o estigma envolve as situações do indivíduo inabilitado para a aceitação social plena, pois possui um atributo que se impõe como alvo de atenção e fator de afastamento daqueles que o encontram. Assim, o indivíduo é colocado na situação de desviante em relação às normas socialmente estabelecidas.

O estigma é um processo social que envolve dois papéis: o normal e o estigmatizado, sendo os normais aqueles que não se afastam negativamente das expectativas socialmente colocadas. Quando os normais e os estigmatizados se encontram, os primeiros tentam suavizar suas atitudes em relação aos estigmatizados – que apreendem e incorporam o ponto de vista dos normais, assumindo as características que são fontes do estigma. Lembra Goffman¹⁰¹ que os estigmatizados podem acreditar que o sofrimento tem potencial de ensinar uma pessoa sobre a vida.

Um exemplo disso é a oposição “juventude” *versus* “velhice”, as quais têm sido apreendidas como etapas que definem estilos a serem adotados ou não e determinando fronteiras entre indivíduos e segmentos sociais. A primeira representa um modo de ser e estar no mundo, um padrão de vida a ser estendido a todas as demais faixas etárias, o que leva à estigmatização e negação da velhice, bem como o seu adiamento⁹⁴. Por outro lado, a velhice está relacionada ao declínio e perda de capacidades diversas do sujeito, ao adoecimento, solidão e ao fim da vida. A perda abrupta ou gradual do controle de si, do domínio do corpo e da mente são sinais da velhice. Ademais, a proximidade com a morte é um tabu social e a dificuldade em lidar com a finitude da vida é uma das razões para a não identificação social com os mais velhos e, conseqüentemente, sua estigmatização⁹⁴.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento tem sido apontado como uma etapa de degeneração do organismo que tem início após o período reprodutivo. Este processo está associado à passagem do tempo e por isso, o critério mais comumente usado para tentar marcar o início e grau do envelhecimento é a idade. Porém, tal critério é falho e arbitrário, uma vez que as pessoas vivenciam esse processo de modo heterogêneo⁴³. O fato é que a

sociedade atual tem relacionado a saúde à juventude e coloca a velhice em sentido oposto, como algo patológico que precisa ser retardado e combatido. Assim, o desafio seria conseguir estabelecer uma fronteira entre a saúde e o que é normal e a doença/o patológico, na velhice⁴³.

A busca de um envelhecimento ideal, saudável e almejado por todos faz surgir uma outra categoria, a “melhor idade” ou “terceira idade”, a qual vincula-se à ideia de envelhecimento saudável, com independência, autonomia, liberdade e capacidade de agir, impondo ao sujeito diversas formas de controle sobre o seu corpo e a responsabilidade pelo próprio cuidado e bem-estar. Manter-se ativo, ter uma alimentação saudável, exercitar a mente e controlar os sinais corporais do envelhecimento são exemplos de normas prescritivas que constituem a terceira idade⁹⁴.

Esse fenômeno Debert⁹³ denominou de “reprivatização da velhice”, o qual coloca o envelhecer bem como uma questão de escolha, culpabilizando o indivíduo por não buscar estilos de vida e formas de consumo de bens e serviços capazes de evitar ou retardar a velhice e seus problemas⁹⁵. Tal transformação da velhice em uma responsabilidade individual contribui para seu desaparecimento dentre as preocupações sociais¹⁹, especialmente no âmbito das políticas públicas.

A terceira idade designa principalmente os “jovens velhos”, os aposentados dinâmicos e alegres; não por acaso emerge um novo mercado de consumo para este grupo, ligado a: turismo, lazer, produtos de beleza e “rejuvenescimento”, alimentação, novas especialidades como gerontólogo e geriatra^{89,91}. Coloca em circulação o dinheiro dos velhos, mas também os velhos, os quais não encontram mais lugar na sociedade contemporânea. Trata-se de um novo período entre a maturidade e a velhice, mas ao mesmo tempo, uma negação desta⁹¹.

A construção da identidade do velho se dá no campo relacional, sempre em contraste com o outro⁹¹. Do indivíduo da terceira idade espera-se vitalidade, agilidade, enquanto do velho tem-se uma ideia já enraizada na sociedade como alguém que anda curvado e com dificuldade, por vezes recorrendo à bengala; alguém que não pode fazer determinadas brincadeiras ou gestos, falar determinadas expressões, ou seja, *“o comportamento corporal é demandado de fora, para que se coadune com o modelo cristalizado do preconceito social”*⁹¹(p.40).

De fato o Brasil, desde a chegada dos primeiros europeus, foi marcado pelo signo da “novidade”, o que vem sendo reforçado com as ideias de progresso, crescimento, renovação, de ruptura com o antigo/ velho e com o fato do país ter-se habituado a se ver como um país jovem, em pleno desenvolvimento. Assim, assimilar e reconhecer que está envelhecendo tornou-se um desafio⁴⁹. O homem da Modernidade luta constantemente contra todos os sinais de sua idade temendo perder seu status profissional e ficar desempregado ou perder seu lugar

no campo da comunicação¹⁰⁰. Segundo Le Breton¹⁰⁰, para grande parte dos ocidentais, especialmente aqueles das camadas populares, envelhecer é

“entregar-se a um lento trabalho de luto, que consiste em despojar-se do essencial, daquilo que foi sua vida, em desinvestir as ações outrora apreciadas, e em admitir pouco a pouco como legítimo o fato de possuir apenas um controle restrito sobre sua existência. [...] Alienação de si que desemboca no estreitamento do território, até não restar mais do que um corpo imóvel e quase inútil, que exige, para a satisfação das necessidades mais elementares, a ajuda do cuidador” (p. 227-8).

Até mesmo a demência pode ser considerada uma forma de “não mais estar aí”, de quem já perdeu tudo. Percebe-se assim a perda do sentido da existência, ao menos que o **outro**, por meio de sua presença, gestos, palavras e escuta qualificada, ajudem a resgatar a dimensão simbólica e a dignidade de sujeito da pessoa idosa¹⁰⁰.

Embora não caiba ao antropólogo resolver os conflitos relativos à luta por direitos, mas antes compreender como um problema social é constituído e o conjunto de representações que orientam as ações direcionadas à sua solução, além de romper com as definições socialmente admitidas dos fenômenos⁹⁰, como o envelhecimento.

Assim, para compreender como a velhice passou a ser apontada como um problema social no Brasil – o que não se deve ao simples fato do rápido e intenso envelhecimento da população – é importante considerar que um problema social é uma construção social e para que um fenômeno seja considerado um problema ele passa por quatro dimensões: reconhecimento, legitimação, pressão e expressão, o que envolve a participação de diferentes atores sociais e políticos e que na maioria das vezes não são os idosos, mas outros “portavozes”⁹⁰. Nesse sentido, os próprios ACS constituem atores capazes de reforçar (ou não) a visão do envelhecimento como um problema social, o que se revela por meio das maneiras de pensar e agir destes atores frente ao envelhecimento.

Dessa forma, ao considerar o trinômio envelhecimento – funcionalidade – cuidado, o presente trabalho reconhece que:

a) O cuidado ao idoso dependente não está previsto pelo SUS de forma específica e efetiva, tampouco há a previsão de financiamento das ações e estabelecimento de uma rede de suporte institucional e comunitária²⁵. Ademais, apesar dos avanços legais que amparam o idoso e dos avanços da medicina e saúde pública, as ações implementadas ainda são pontuais e desarticuladas^{31,61}.

b) Os problemas relacionados ao envelhecimento que acontece sem independência e autonomia precisam ganhar maior visibilidade para compor a agenda política do país^{22,48}. Para isso, é preciso avançar na realização e publicação de mais pesquisas sobre as percepções dos

profissionais de saúde acerca do processo de envelhecimento e como estas se refletem na prática do serviço de saúde^{15,28,29}. Nesta perspectiva, faz-se necessário dar voz a este sujeito social, cujas representações e práticas em relação ao indivíduo que envelhece devem ser entendidas como elementos do universo de regras sociais e símbolos culturais que as guiam e as validam^{4,26}.

4 QUADRO TEÓRICO

O referencial teórico metodológico da pesquisa qualitativa foi escolhido por possibilitar um melhor entendimento das características do objeto de investigação, buscando captar a realidade dinâmica e complexa em sua realização histórico-social, em conformidade com os pressupostos teóricos que a orientam^{102,103}. Tal abordagem complementa a análise quantitativa, aprofundando o caráter do social e as dificuldades do conhecimento parcial e inacabado¹⁰².

Segundo Minayo¹⁰², a pesquisa qualitativa possui uma metodologia capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às reações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Esse método trabalha com “o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”¹⁰² (p.21-22). Para esta autora, existe uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes¹⁰⁴.

Assim, a abordagem qualitativa trabalha com a compreensão dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e como compreendem o mundo em que vivem¹⁰⁴. Tal significado é partilhado culturalmente, organizando o grupo social em torno destas representações e simbolismos¹⁰⁵.

Uma das grandes contribuições da antropologia para a saúde foi a construção de um quadro conceitual e metodológico inovador que investiga o envelhecimento a partir da perspectivaêmica²⁶. Na pesquisa antropológica, a interpretação do cientista é construída na perspectiva dos entrevistados e não como uma discussão na visão do pesquisador ou da literatura¹⁰⁵. Assim, no presente estudo, o ACS foi convocado a falar sobre seu processo de trabalho, mais especificamente, sua visão e sua atuação em relação ao envelhecimento e ao Cuidado à pessoa idosa. Isso possibilitou ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural desse entrevistado, lugar onde ele se organiza e que lhe confere significados particulares sobre a sua própria experiência.

Na perspectiva da Antropologia Médica – campo do saber que trata dos aspectos biológicos e socioculturais do comportamento humano e, em particular, das formas com que tais aspectos interagem e têm interagido no curso da história humana, influenciando a saúde e a doença¹⁰⁶ –, a saúde e o que se relaciona com ela são considerados fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados¹⁰⁷.

Assim, o modelo *Signos, Significados e Ações*, desenvolvido por Corin et al¹⁰⁷, foi utilizado na coleta e análise dos dados por permitir^{5,107,108}:

a) o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica para compreender e explicar uma determinada condição ou fenômeno;

b) a identificação dos diferentes elementos de um contexto particular que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados por esta população frente ao problema;

c) a sistematização de elementos contextuais que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir de determinada população – neste caso, os ACS, como pensam e agem perante o envelhecimento e o Cuidado;

Este modelo pretende descrever e comparar as percepções, interpretações e ações de várias comunidades, e explorar o papel da cultura e condições macrossociais¹⁰⁹. No plano metodológico, esta abordagem inverte a orientação usual de estudos sobre as representações, pois se inicia no nível pragmático das narrativas identificando as ações e reações desencadeadas pelos signos para a identificação das explicações privilegiadas frente a estes, evoluindo assim para o nível semântico ao produzir a compreensão dos significados⁵. Destarte, o comportamento humano é uma ação simbólica. E as formulações dos antropólogos sobre os sistemas simbólicos de determinado grupo devem ser orientadas pelos atos, ou seja, pela vida que levam, a fórmula que o grupo utiliza para definir o que lhe acontece¹¹⁰.

O modelo de Corin et al¹⁰⁹ tem sua origem na corrente interpretativa em antropologia, da qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹⁰⁷. De acordo com Geertz¹¹⁰ – que se situa na origem dessa corrente –, a cultura constitui um universo de símbolos e significados socialmente construídos que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Ela fornece elementos “de” e “para” a construção de realidades sociais e psicológicas. É o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis, alargando o universo do discurso humano. Compreender tal contexto, a cultura de um povo, expõe sua normalidade sem reduzir sua particularidade; revela o grau no qual o significado varia conforme o padrão de vida por meio do qual ele é informado. Assim, para o autor, o conceito de cultura é essencialmente semiótico e, a fim de defender sua tese, o autor recorre a Max Weber, para quem o *“homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”*¹¹⁰ (p 15), sendo a cultura as teias e a sua análise, uma ciência interpretativa à procura do significado.

Essa perspectiva interpretativa da cultura trouxe vários desdobramentos no campo da abordagem de saúde e doença. Um deles é o reconhecimento de que a experiência da doença não é um simples reflexo de um processo patológico no sentido biomédico do termo, sendo concebida como uma construção cultural. A influência do universo social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a utilização dos serviços de

saúde vem sendo cada vez mais reconhecida, rompendo com a tradição biomédica¹⁰⁷ com ênfase na diferenciação paradigmática entre “doença processo” e “doença experiência” estabelecida por Eisenberg¹¹¹. A “doença processo” (*disease*) se refere às anormalidades dos processos biológicos e/ou psicológicos, na função e/ou estrutura dos órgãos e sistemas do corpo, e a “doença experiência” (*illness*) à experiência psicossocial da doença. Nesta abordagem considera-se que a experiência da doença é uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas tanto individuais quanto coletivas e se expressa em formas típicas de pensar e agir²⁶.

Baseado nessa diferenciação, Kleinman¹¹² desenvolveu o conceito de “modelos explicativos” (*explanatory models*) no qual a saúde e a doença são vistas como parte de um sistema cultural que fornece modelos para identificação e resolução de problemas nesse campo. Diferentes categorias de pessoas empregam modelos explicativos diferentes, fato que pode gerar problemas na comunicação entre profissionais (que quase sempre orientam os programas de saúde) e população (que orienta os comportamentos)¹⁰⁸. Assim, conhecer os modelos explicativos que predominam em um determinado grupo social favorece a comunicação com os sujeitos desse grupo e permite a realização de intervenções compreensíveis e aceitáveis para eles – questões essenciais para a eficácia dos programas de saúde¹⁰⁷.

Na interpretação dos fenômenos orgânicos – como o envelhecimento –, as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem¹¹³. À medida que se documentou o processo de envelhecimento em diferentes culturas e que se constatou a diversidade de formas de envelhecer, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem vistos como fenômenos profundamente influenciados pela cultura²⁶. Nesta perspectiva, o envelhecimento é considerado um fenômeno universal que gera problemas comuns, mas que podem ser vividos e resolvidos diferentemente pelas culturas¹¹.

Uma abordagem interpretativa do envelhecimento focaliza a interação entre parâmetros culturais, traços individuais e marcadores biológicos na construção de maneiras típicas de envelhecer e viver este fenômeno²⁶. Ou seja, as percepções, interpretações e ações relativas ao envelhecimento são culturalmente construídas. Ademais, em humanos, os fenômenos nunca são apenas um fenômeno, pois estão sempre imbuídos de significado na junção entre os quadros pessoal e coletivo. Tal significado molda a experiência subjetiva no decorrer do processo (de envelhecimento), bem como o comportamento individual e social em resposta ao fenômeno¹¹⁴.

Por sua vez, na presente pesquisa adotou-se o conceito de Cuidado como *“uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”*¹¹⁵(p. 85). Ayres utiliza o termo em maiúsculo para diferenciar daquele cuidado *“como substantivo comum, quando se trata de atividades e procedimentos no sentido comum”*¹¹⁵(p.89), com significado diverso do que se propõe a discutir.

Assume-se também o Cuidado como um fato político, uma categoria sociocultural cuja concretização se faz no cotidiano da vida das pessoas, nos diferentes espaços e contextos¹¹⁶, onde deveria acontecer o encontro entre os sujeitos envolvidos, o que perpassa o acolhimento (por meio da escuta qualificada do outro) e a humanização das práticas de saúde, cujo desafio consiste em aproximar as tecno-ciências com os valores da felicidade humana. Esta última diz respeito *“a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde”*¹¹⁵(p. 85). E, para tanto, reclama a (re)significação não apenas da saúde, mas do projeto de vida do sujeito, do serviço, da práxis profissional, o que permitirá estabelecer um vínculo terapêutico efetivo.

Ademais, os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços de saúde disponíveis, são construídos mediante universos socioculturais específicos. A efetividade de um programa de saúde, e das ações dos profissionais nele inseridos, depende assim, do conhecimento prévio das maneiras características de pensar e agir associadas à saúde de uma dada população-alvo e da habilidade do programa em integrar esse conhecimento¹⁰⁷.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Área e população do estudo

O presente estudo foi conduzido na sede de Bambuí, localizada a oeste de Minas Gerais, a 252 km da capital Belo Horizonte. De acordo com o censo realizado em 2010, o município possui 22.734 habitantes, dos quais mais de 85% residem na zona urbana¹¹⁷. Quanto à composição etária da população, verifica-se seu envelhecimento progressivo: em 1960, somente 3,8% dos habitantes do município possuíam sessenta ou mais anos de idade; entre 1991 e 2010 esta proporção aumentou, respectivamente, para 9,3 e 15,9%, maior, portanto, que a verificada em todo o Brasil no mesmo período que era de 7,3% em 1991 e de 10,8%, em 2010. A expectativa de vida é de 70,2 anos^{1,118}.

Bambuí tem a sua principal fonte de renda proveniente da exploração produtiva de seus recursos naturais, em atividades agrícolas, pecuária e de extração mineral. Destaca-se no estado de Minas Gerais na exploração de pecuária leiteira. O município é grande produtor de grãos, compondo a sua produção agrícola o café, arroz, milho, soja e cana-de-açúcar. Sua principal produção mineral é a extração de caulim. Entretanto, o Mapa da Pobreza e Desigualdade do município mostra que há uma incidência de 32,47% da população em estado de pobreza, aumentando o segmento da população que passa a se cadastrar no Programa Bolsa Família, sem que todos, no entanto, consigam obter o benefício^{117,119}.

Quanto às questões relativas à saúde, Bambuí se destacou como centro de profilaxia contra a doença de Chagas. O Posto Avançado de Estudos Emanuel Dias, criado para controle da Doença de Chagas, presta até hoje assistência médica à população¹²⁰. A microrregião de Bambuí está vinculada à Superintendência Regional de Saúde pela macrorregional Divinópolis, MG.

A rede de assistência à saúde do município conta com¹²¹:

- seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) – cada uma possui uma equipe de Saúde da Família – que integram a ESF, todas localizadas na zona urbana, cuja implantação aconteceu a partir do ano de 2002. A cidade possui 91% de cobertura da ESF em sua zona urbana;
- uma unidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família sediada no Centro de Saúde São Sebastião, que também dá suporte aos municípios de Córrego Danta e Medeiros;
- três laboratórios que realizam exames básicos e uma farmácia básica em cada UBS.
- dois hospitais: o Hospital Nossa Senhora do Brasil, de médio porte, e a Colônia São Francisco de Assis, um antigo sanatório para tratamento de hansenianos que hoje é um hospital geral integrante da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que atende a população da cidade e seu entorno para reabilitação temporária.

- uma Policlínica/UPA para os atendimentos de urgência e emergência, que funciona vinte e quatro horas por dia.

O nível central possui um espaço físico que conta com as várias coordenações (Enfermagem, Atenção Primária, Epidemiologia, Vigilância Sanitária e a Farmácia Básica Central, onde acontece a distribuição de medicamentos de alto custo ou excepcionais fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e de insumos para as unidades); com consultórios para atendimento das especialidades médicas, da fisioterapia, fonoaudiologia; e com salas de marcação de exames – tais como o ultrassom –, de cirurgias, de transporte sanitário e de consultas em outras cidades. Os indivíduos que necessitam de terapia intensiva são encaminhados para os municípios de referência, como a macrorregional Divinópolis¹²¹.

Ressalta-se que, em 2010, entre os habitantes acima de 60 anos, aproximadamente 80,7% utilizavam exclusivamente o SUS e 19% possuíam um plano de saúde privado⁵.

Em relação aos sujeitos do estudo, foram entrevistados os ACS inseridos na ESF. Em cada UBS, o número de ACS variou de seis a sete indivíduos. Ressalta-se que, no universo total de agentes em Bambuí (n=37), não havia nenhum homem. Os critérios de inclusão dos indivíduos no estudo levaram em conta o território – todas as seis unidades de saúde – e o tempo no serviço como ACS. De modo a contemplar profissionais recém-chegados e outros com maior experiência no cargo, foram realizadas quatro rodadas de entrevistas. Em cada uma delas entrevistavam-se agentes com variados níveis de experiência, com a finalidade de obter um discurso mais amplo e heterogêneo, iluminando o objeto de estudo sob ângulos diversos¹²². Por se tratar de uma abordagem qualitativa, o número de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação, o qual se refere ao momento em que o pesquisador não mais consegue obter informações significativas sobre o fenômeno estudado, que acrescentariam novos elementos para reflexão teórica^{123,124}.

5.2 Desenho do estudo, coleta e análise dos dados

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho antropológico.

Dentro dos preceitos de uma pesquisa qualitativa, o cuidado com a entrada no campo, dirigindo-se informalmente ao cenário da pesquisa e observando os processos que nele ocorrem, deve ser planejado de modo que a aproximação do pesquisador com os sujeitos favoreça a etapa de coleta dos dados propriamente dita¹²⁵. Assim, as pesquisadoras KAM e JOAF realizaram uma visita informal, previamente agendada em todas as UBS com os enfermeiros (chefes das equipes de saúde), contando, para tanto, com a colaboração de um

informante chave natural e residente no município do estudo. Nesta ocasião, os pesquisadores apresentaram-se aos membros das equipes, a saber: enfermeiros e ACS; e solicitaram sua participação na pesquisa, cujo intuito foi relatado e contextualizado historicamente.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, nas UBS, guiadas por um roteiro semiestruturado (*Anexo 1*), contendo os principais tópicos que deveriam ser abordados, a saber: perfil dos profissionais e processo de trabalho; características, funcionamento e visão sobre o serviço de saúde; maneiras de pensar e agir em relação à tríade envelhecimento - funcionalidade - cuidado, considerando o contexto sociocultural no qual estão inseridos.

Entende-se por entrevista semiestruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados nas teorias e hipóteses presentes no estudo, mas que também oferecem um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgirão no decorrer do trabalho de campo, à medida que recebem as respostas do entrevistado. Desta maneira, o entrevistado, seguindo sua linha de pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa^{102,126}. A adoção deste instrumento parte do pressuposto de que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos são revelados na entrevista, refletindo assim o caráter histórico e específico das relações sociais, além de auxiliar no entendimento das concepções e representações que possuem tais pessoas¹⁰².

Todas as entrevistas foram gravadas – após consentimento livre e esclarecido dos informantes (*Anexo 2*) –, e transcritas pelo próprio entrevistador.

O modelo *Signos, Significados e Ações*¹⁰⁹, foi utilizado na coleta e análise dos dados. Ele possibilita o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica – no caso os ACS – e a sistematização de elementos contextuais que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir para compreender e explicar uma determinada condição ou fenômeno, a partir da identificação de comportamentos concretamente adotados por essa população^{5,107,108}. Tal modelo tem sua origem com a corrente interpretativa em antropologia, da qual emerge uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹⁰⁷. De acordo com Geertz¹¹⁰ – que se situa na origem dessa corrente –, a cultura constitui um universo de símbolos e significados socialmente construídos que permite os sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações.

Assim, este modelo pretende descrever e comparar as percepções, interpretações e ações de várias comunidades, e explorar o papel da cultura e condições macrossociais¹⁰⁹. Na prática, nesta análise busca-se a identificação dos “sistemas de signos, significados e ações”, ou seja: 1) os diferentes signos associados à identificação de um determinado fenômeno

(como o envelhecimento), suas características e repercussões no grupo; 2) as explicações privilegiadas frente a esses signos; 3) as reações e ações desencadeadas por tais signos¹⁰⁷.

A análise dos dados também tem início com a leitura atenta para identificar as unidades de significado que compõem a comunicação e criar as categorias analíticas bem como a interação entre as diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente¹⁰⁹. Ressalta-se que criar categorias é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso¹⁰². O código é testado em outras entrevistas e revisto para ter certeza que todas as informações relevantes possam ser codificadas de acordo com estas categorias, com um mínimo de ambiguidade⁵.

Em Antropologia, os dados da pesquisa e sua descrição densa são as construções das construções de outras pessoas (os sujeitos do estudo), do que elas e seus conterrâneos se propõem, ou seja, está-se explicando explicações. Portanto, a análise passa pela escolha entre as estruturas de significação e a determinação de sua base social e sua importância¹¹⁰.

5.3 Aspectos éticos

Esta pesquisa é parte do projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou (CAAE 0028.0.245.000-09). Para ser fiel às narrativas, manteve-se o termo utilizado pelas agentes – “PSF” (Programa de Saúde da Família) para se referir à ESF.

6 REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JAO, Vidigal PG, Barreto SM. Methodological approach for a population based cohort study of the elderly in Brazil and preliminary results: The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Rev Saude Publ* 2000 Apr;34(2):126-35.
2. Lima-Costa MFF, Firmo JAO, Uchôa E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Supl 3):S327-35.
3. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Cohort profile: the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. *Int J Epidemiol* 2011;40:862-7.
4. Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saude Publica* 2005;21(1):80-91.
5. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among elderly in Bambuí, Minas Gerais, Brazil. *Cad. Saude Publica* 2011; 27(Supl 3):S370-7.
6. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014;19(8):3375-84.
7. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publ* 2010; 44(1):159-65.
8. Macinko J, Camargos V, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Predictors of 10-year hospital use in a community-dwelling population of Brazilian elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Supl 3):S336-44.
9. Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MFF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. *Cad Saude Publica* 2001; 17(6):1345-56.
10. Loyola Filho AI, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad Saude Publica* 2004 nov-dez; 20(6):1661-9.
11. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saude Publica* 2005;21(5):1509-18.
12. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2319-28.
13. Minayo MCS. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: Trench B, Rosa TEC, organizadores. *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.7-15.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 20 out 2006; Seção 1.
15. Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Cien Saude Colet* 2008 ago;13(4):1275-84.

16. Castro MR, Vargas LA. A Interação/Atuação da Equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a População Idosa Adscrita. *Physis* 2005;15(2):329-51.
17. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Cienc Saude Coletiva* 2010 set;15(6):2931-40.
18. Lins de Barros MM. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: Lins de Barros MM (organizadora). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p.113-68.
19. Giacomini K. Contradições do Estado brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. *Argumentum* 2014; 6(1):22-33.
20. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica* 2003 mai-jun; 19(3):725-33.
21. Organizacion de Naciones Unidas. Plan Internacional de accion sobre el envejecimiento 1982. Assembleia Mundial sobre el Envejecimiento, 1982. Viena (Áustria): Viena; 1982.
22. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: Camarano AA. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 337-49.
23. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saude Publ* 2010;44(3):468-78.
24. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Coletiva* 2008; 13(4):1107-11.
25. Gonçalves, LHT. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(3):507-18.
26. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saude Publica* 2003 jun;19(3):849-53.
27. Novara E. Promover os talentos para reduzir a pobreza. *Estud. av.* 2003;17(48):101-23.
28. Pereira MJSB, Filgueiras MST. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev APS* 2009;12(1):72-82.
29. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Filho MB. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saude Publ* 2005 out;39(5): 809-15.
30. Lima-Costa MFF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saude Publica* 2003 jun;19(3):700-1.
31. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(2):385-392.

32. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet* 2008 ago;13(4):1199-207.
33. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica* 2003 jun;19(3):773-81.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.
35. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa, MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS e Coimbra Jr CEA. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-36.
36. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saude soc* 2010 dez;19(4):878-88.
37. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cien Saude Coletiva* 2011;16(Supl 1):873-80.
38. Borges MMMC, Telles JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(3):349-60.
39. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cien Saude Coletiva* 2012; 17(1):231-38.
40. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica* 2009 mar; 25(3):475-83.
41. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol.* 2005 jun; 8(2):187-93.
42. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva (Switzerland): WHO; 2001.
43. Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2002; 9(1):61-78.
44. Pelcastre-Villafuerte BE, Treviño-Siller S, González-Vázquez T, Márquez-Serrano M. Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cad Saude Publica* 2011;27(3):460-70.
45. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saude Publica* 2006; 22(8):1629-38.
46. Kalache A. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2503-5.

47. Giacomini KC, Couto EC. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do ministério público e da vigilância sanitária. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 213-248.
48. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saude Publica 2003 jun;19(3):861-6.
49. Rozendo AS, Justo JS. Sentidos e espaços da velhice na legislação brasileira. In: Trench B, Rosa TEC, organizadores. Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.35-58.
50. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
51. Brasil. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências; 1994.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências; 2002.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília; 2006.
55. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do Pacto Pela Saúde, nos componentes Pela Vida e de Gestão para o biênio 2010-2011. Brasília, DF; 2011.
56. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz). Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. [acesso em 30 dez 2014]. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?p=1&pag=ficha&cod=I28>
57. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília, DF; 2010.
58. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF; 2004.
59. Sartini CM, Correia AM. Programa maior cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. Pensar/BH Política Social 2012 mar; 31:10-3.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 out 2011; Seção 1.

61. Alencar MSS, Leite ALI, Memoria SVF, Sousa JMS. Percepções dos profissionais da saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(3):475-85.
62. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Lima KC, Kisse CBS, Trocado CVM et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3495-506.
63. Organização Mundial da Saúde (OMS). Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília; 1979.
64. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1509-20.
65. Pupin VM, Cardoso CL. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estud. psicol. (Natal)* 2008, 13(2):157-63.
66. Mendes FMS, Ceotto EC. Relato de Intervenção em Psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. *Saúde Soc.* 2011; 20(2):496-506.
67. Costa EM, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. educ. saúde (Online)* 2011 nov; 9(3):461-78.
68. Trad LAB, Espiridião MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis* 2010 dez; 20(4):1099-117.
69. Elia PC, Nascimento MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. *Physis* 2011;21(2):745-65.
70. Brasil. Departamento de Atenção Básica à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção Básica e Saúde da Família*. [acesso em 06 jan 2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.
71. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
72. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005 ago;9(17):287-3015.
73. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011 jan;16(1):231-40.
74. Merhy E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Ed Xamã; 1998.

75. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saude Publica* 2003 jun;19(3):839-47.
76. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2002 fev;6(10):75-96.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 25 jan 2008b; Seção 1.
78. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus ML. O trabalho do agente de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Sci, Health Sci.* 2003; 25(1):95-101.
79. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2009; 13(28):123-35.
80. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-55.
81. Teixeira PC. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade debate* 2009 jan-jun; 15(1): 165-78.
82. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol. USP* 2004;15(3):11-28.
83. Ribeiro EM As várias abordagens da família no cenário do Programa/ Estratégia de Saúde da Família (PSF). *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004 jul-ago; 12(4):658-64.
84. Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saude soc* 2005 maio-ago; 14(2):50-9.
85. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papius Editora; 2005.
86. Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Editora Cortez; 2005. p.21-36.
87. Sarti CA. *A família como espelho – um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados; 1996.
88. Silva RVB, Stelet BP, Pinheiro R, Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ. ABRASCO; 2005. p.75-90.
89. Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: Lins de Barros MM, organizadora. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p.69-84.
90. Debert GG. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Lins de Barros MM, organizadora. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p.49-67.

91. Britto da Mota A. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo MCS e Coimbra Jr CEA. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.37-50.
92. Debert GG. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. Horiz. antropol. 2010 jul/dez; 16(345): 49-70.
93. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, Fapesp, 2004.
94. Lins de Barros MM. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Goldenberg M (org.). Corpo, envelhecimento e felicidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011. p.45-64.
95. Debert GG. O velho na propaganda. Cad. Pagu 2003; (21): 133-55.
96. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):407-12.
97. Organização Mundial da Saúde. Guia Global: cidade amiga do idoso. Genebra (Suíça): OMS; 2008.
98. Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
99. Minayo MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: Campos, GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.189-218.
100. Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
101. Goffman E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC editora; 1988.
102. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 1994.
103. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS. Avaliação por triangulação de métodos. Ed. FIOCRUZ; 2005. p.133-56.
104. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p.71-103.
105. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saude Publ 2005 jun;39(3):507-14.
106. Helman, CG. Cultura, saúde e doença. 5 ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.
107. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad. Saude Publica 1994 dez;10(4):497-504.

108. Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saude Publica* 2004 ago; 20(4):1029-40.
109. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
110. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora; 1989.
111. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977;1:09-23.
112. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California; 1980.
113. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração; 2000.
114. Moraes GVO. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; 2012.
115. Ayres, JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO; 2011.
116. Pinheiro R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ LAPPIS; 2011. p. 51-66.
117. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [acesso em 25 jan 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
118. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 Brasil; [acesso em 25 jan 2015]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide.
119. Rios DFF, NMA, Loreto MDS, Fiúza ALC. O programa Bolsa-Família em um contexto de cidades rurais: o caso de Bambuí, MG. *Oikos Viçosa, MG*. 2011; Viçosa, 22(2): 150-170.
120. Santos WJ. A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; 2012.
121. Oliveira ACS. O Serviço Público de Saúde no Município de Bambuí, Minas Gerais: a Visão do Usuário Idoso [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; 2012.
122. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO; 2006.

123. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saude Publica 2011; 27(2):389-94.
124. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica 2008 jan; 24(1):17-27.
125. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Coletiva 2012 mar;17(3):621-6.
126. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: Pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Ed. Atlas; 1987.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 O sujeito do estudo

Em relação aos sujeitos do presente estudo, foram entrevistadas 24 ACS, todas mulheres, com idade entre 21 e 48 anos. Apenas uma não era natural de Bambuí e mais da metade estavam casadas ou em união consensual. Uma estava no cargo há apenas três meses, a maioria há menos de quatro anos e a mais experiente há nove anos. No *Quadro 1* é possível observar o perfil de todas as ACS entrevistadas.

Quadro 1. Perfil das Agentes comunitárias de Saúde entrevistadas, Bambuí, 2011.

Entrevistas	ESF	Função	Idade (anos)	Naturalidade	Escolaridade	Estado civil	TTT (meses)	TTA (meses)
1	NSG	ACS	37	Bambuí	2	3	24	24
2	EL	ACS	42	Bambuí	2	2	108	108
3	SS	ACS	35	Bambuí	2	3	81	36
4	SCJ	ACS	45	Bambuí	2	2	96	48
5	NSF	ACS e técnica	40	Bambuí	2	1	77	77
6	Sa	ACS e técnica	21	Bambuí	3	1	15	15
7	EL	ACS	31	Bambuí	2	2	84	24
8	NSG	ACS	48	Bambuí	1	2	72	52
9	Sa	ACS	28	Bambuí	2	2	96	48
10	SS	ACS e técnica	26	Bambuí	2	1	24	1
11	SCJ	ACS	38	Bambuí	2	2	84	84
12	NSF	ACS	28	Bambuí	1	2	26	26
13	Sa	ACS	21	Bambuí	1	2	28	28
14	NSF	ACS	32	Bambuí	2	3	13	13
15	NSF	ACS	22	Bambuí	2	2	28	28
16	SCJ	ACS e técnica	32	Bambuí	2	2	28	16
17	SCJ	ACS	22	Bambuí	2	2	26	26
18	SS	ACS	23	Bambuí	3	1	45	2
19	SS	ACS	29	Bambuí	2	2	32	17
20	NSG	ACS	27	Bambuí	3	1	61	61
21	NSG	ACS	27	Bambuí	1	2	39	39
22	EL	ACS e técnica	23	Brasília*	2	2	7	7
23	EL	ACS	26	Bambuí	3	1	27	27
24	Sa	ACS	36	Bambuí	2	2	27	27

ESF: NSG- Nossa Senhora das Graças; EL- Etevolod Lopes; SS- São Sebastião; SCJ- Sagrado Coração de Jesus; NSF -Nossa Senhora de Fátima; Sa- Santana

Escolaridade: 1-médio incompleto; 2-médio completo; 3-superior incompleto

Estado Civil: 1- Solteira; 2-Casada/ Amigada/ Amasiada; 3- Divorciada

TTT = Tempo de trabalho total na ESF; TTA: tempo de trabalho na microárea atual.

* *Mas mora em Bambuí desde os 4 anos.*

Em relação ao processo de trabalho, as entrevistadas relataram que sua experiência de trabalho anterior ao de ACS deu-se no comércio, como empregada doméstica, babá ou professora. Para outras, donas de casa, ser agente foi o primeiro emprego.

Quanto à escolaridade, 20 haviam concluído o ensino médio, destas, cinco eram técnicas em enfermagem e quatro graduandas (enfermagem, serviço social, biologia e turismo).

Serviram como motivação para a profissão: a falta de opção; a insatisfação com o emprego anterior; o trabalho de ACS como algo temporário; empatia, interesse pela área da saúde e vontade de ajudar as pessoas; momento de vida (crise no casamento, desemprego, necessidade de estar mais perto dos filhos); e, especialmente, a busca de valorização pela presença na vida produtiva. Exceto aquelas que também eram técnicas de enfermagem, nenhuma havia trabalhado na área da saúde e todas admitiam desconhecer o que significava ser agente, sendo a “*oportunidade*” fator determinante para ocupação do cargo. Esta aconteceu por indicação política e apoio a campanhas eleitorais; amizade ou parentesco com alguém ligado ao poder público; ou mais raramente, busca direta e/ou avaliação curricular.

A forma de inserção no cargo deu-se por meio de contrato pela prefeitura, nenhuma ACS foi admitida por concurso público.

Em relação à capacitação para o trabalho, as agentes com maior tempo de experiência no trabalho relatam a realização de um curso introdutório. Tal curso, oferecido durante a implantação da ESF no município para qualificação básica do ACS, foi interrompido nos últimos quatro anos. Também foi citado o “Plano Diretor da Atenção Primária”, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde/MG, em duas etapas, visando reorganizar o sistema municipal de saúde nas macrorregiões mineiras. Porém, em Bambuí, apenas a primeira etapa ocorreu. As entrevistadas reclamam da periodicidade, intensidade e conteúdo dos cursos oferecidos, desejando maior participação, escuta e partilha das próprias demandas no processo de trabalho. Além disso, na falta de orientação específica, as principiantes recebiam orientações: no próprio campo de trabalho, da agente que substituiriam; do(a) enfermeiro(a) – chefe da equipe; e/ou de outras ACS mais experientes. Porém, a chegada das novatas acrescentavam dificuldades para quem ficasse responsável por ensinar.

As entrevistadas esclarecem que possuem múltiplas atribuições, que aparecem em ações e verbos empregados pelas entrevistadas: “*perceber*”; “*conviver*”; “*avisar*”; “*encaminhar*” (para especialistas); “*informar e orientar*”; “*trazer informação para o PSF*”; “*esclarecer*”; “*dar suporte e ajudar*”. Destaca-se a *visita domiciliária*, em que realizavam: acompanhamento, entrega de medicamentos e receitas, agendamento de consultas e exames, verificação de cartões de vacinação e controle de peso, busca ativa, escuta e diálogo.

No grupo pesquisado, cinco ACS exerciam também o cargo de técnicas em enfermagem.

Quanto à prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde, aparecem vinculadas ao modelo biomédico; ocorrem de forma individualizada, em grupos específicos (crianças, idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos). As agentes também relataram repassar informações à população; aconselhar sobre práticas e hábitos saudáveis; acompanhar indivíduos; estimular o controle da pressão arterial e glicemia; vacina e peso das crianças – com busca ativa quando necessário –, sendo estas ações referidas como ações de prevenção. Os trabalhos em grupos foram valorizados por melhorar a qualidade do serviço, a satisfação de usuários e profissionais da ESF, superando o enfoque curativista e individualista da atenção à saúde.

7.2 ARTIGO 1 - Artigo aceito pela revista *Ciência e Saúde Coletiva*

A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis

The home visits by community health agent to families with frail elderly

Kelly Alves Magalhães¹; Karla Cristina Giacomin^{2,3};
Wagner Jorge dos Santos²; Josélia Oliveira Araújo Firmo^{1,2}

Instituições: 1- Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz; 2- NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; 3- Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11) e CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7)

Resumo

Objetivou-se compreender os sentidos que agentes comunitários atribuem à visita domiciliária realizada junto a famílias com idosos frágeis e se esta tecnologia do trabalho tem servido como uma ferramenta de Cuidado a este grupo. Foram realizadas entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado, a agentes comunitários do município de Bambuí/MG. Todas foram gravadas, transcritas e analisadas. O modelo Signos, Significados e Ações guiou a coleta e análise dos dados. Em suas maneiras de pensar e agir, percebendo a velhice, inexoravelmente associada à incapacidade, as agentes “tentam ajudar” pessoas que vivenciam um contexto sociocultural similar ao seu a ter acesso ao serviço de saúde. Como não recebem orientações para atuar junto às famílias com idosos, intuitivamente estabelecem critérios “equitativos” ancorados em uma dimensão solidária, visitando mais os grupos de risco (“o idoso”, “o carente”, “o doente”, “o pobre”). A visita ocorre em resposta a demandas imediatas destes grupos, mas o foco da atenção permanece pautado na doença e na oferta de insumos e procedimentos. A desejada reorientação do modelo assistencial, a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e ações específicas de cuidado às famílias com idosos frágeis não são notadas.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde; Cuidado; Envelhecimento; Estratégia de Saúde da Família; Visita Domiciliária.

Abstract

The aim of this study was to understand the meanings that the community health agents attribute to the home visit conducted with families with frail elderly and if this technology work has served as a tool for care for this population. Semi-structured interviews were conducted with community agents in the city of Bambui/MG, which were recorded, transcribed and analyzed. The model of signs, meanings and actions guided the collection and analysis of data. In their ways of thinking and acting, realizing aging inexorably associated with disability, the agents "try to help" people who experience sociocultural context similar to yours to have access to health services. How not receive guidelines for work with families with elderly, intuitively establish "equitable" criteria anchored in a solidarity and relational dimension that allow them to visit more risk groups ("elderly", "the needy", "sick", "the poor"). The visit comes in response to immediate demands of users to monitor these groups, but the focus of attention remains grounded in sickness and in supply of inputs and procedures. The desired reorientation of care model, the implementation of the National Health Policy for the Elderly and specific actions of care to families with frail elderly are not noticed.

Keywords: Community Health Agents; Care; Aging; Family Health Strategy; Home Visit.

INTRODUÇÃO

Frente ao acelerado e intenso envelhecimento populacional brasileiro^{1,2} e à importância do sistema de saúde como determinante de saúde da população, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume papel fundamental no processo de cuidado à população idosa³. O modelo de atenção proposto pela ESF busca reorientar as práticas de saúde e o processo de trabalho dos diferentes profissionais⁴, bem como responder às demandas de cuidado da população adscrita. Na velhice, tais demandas são diferenciadas^{2,3} e exigem uma abordagem integral, interdisciplinar, multidimensional, que considere a interação entre os fatores físicos, psicológicos, ambientais e socioculturais que influenciam a saúde⁴, inclusive a comunidade, o domicílio e a família dos idosos.

Ante o processo saúde-doença-envelhecimento que envolve indivíduos e coletividades, a funcionalidade se mostra uma dimensão da saúde fundamental, pois seu comprometimento, independentemente da etiologia, aumenta o risco de problemas de saúde⁴. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)³ utiliza como parâmetros para definir uma pessoa idosa frágil ou em situação de fragilidade: ser maior de 75 anos, estar acamado, vivenciar situações de violência doméstica, e ou apresentar doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros).

A incapacidade funcional refere-se às limitações e dificuldades na realização de atividades cotidianas, em qualquer domínio da vida e ou a restrição na participação social, resultante da interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais do indivíduo⁵. Trata-se de uma condição influenciada por múltiplos fatores⁶, que demanda cuidados em saúde e deve ser referenciada a um universo sociocultural específico⁷.

Quando indivíduos idosos não conseguem comparecer ao serviço de saúde em razão de alguma incapacidade, a visita domiciliária – atividade externa à Unidade Básica de Saúde (UBS) mais realizada pela equipe de saúde⁸ – assume importância crucial, pois permite conhecer *in loco* a realidade e as necessidades das famílias e de seus membros⁹. Trata-se de uma ferramenta de cuidado e promoção da saúde¹⁰, de busca ativa e identificação da demanda reprimida, de diagnóstico local e de planejamento de ações a partir da realidade, de mediação entre as famílias e as equipes de saúde. Esta mediação entre o serviço de saúde e a comunidade é função primordial do Agente Comunitário de Saúde (ACS)^{10,11}, profissional com múltiplas atribuições, dentre as quais a visita domiciliária¹².

Assim, o presente trabalho objetiva compreender os sentidos que os agentes atribuem à visita domiciliária realizada junto a famílias com idosos frágeis e se esta tecnologia do trabalho tem servido como ferramenta de Cuidado a este grupo populacional.

QUADRO TEÓRICO

Este trabalho volta-se à compreensão dos significados que as pessoas (ACS) atribuem às suas experiências e como compreendem o mundo em que vivem¹⁵. Nesta abordagem, analisa-se o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que, segundo Minayo, corresponde a um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois os processos e fenômenos investigados não são redutíveis a variáveis¹⁶. Tal significado é partilhado culturalmente, organizando o grupo social em torno de simbolismos e representações¹⁷, enquanto categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a^{16,18}.

A corrente interpretativa da antropologia considera uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹⁸ – o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis –, compreendendo cultura como um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações¹⁹. Enquanto na perspectiva da Antropologia Médica, a saúde e o que se relaciona com ela (o envelhecimento e o Cuidado), bem como as percepções, interpretações e ações relativas a tais fenômenos são culturalmente construídos e culturalmente interpretados^{14,18}. Para fazê-lo, as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem²⁰.

Segundo Ayres¹³, o Cuidado designa uma atenção intimamente relacionada ao sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, conseqüentemente, também às práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Este autor utiliza o termo em maiúsculo para diferenciar daquele cuidado referente a atividades e procedimentos no sentido comum¹³, com significado diverso do que se propõe a discutir. Assume-se o Cuidado como um fato político, uma categoria sociocultural cuja concretização se faz no cotidiano da vida das pessoas, nos diferentes espaços e contextos¹⁴, onde deveria acontecer o encontro entre os sujeitos envolvidos, o que perpassa o acolhimento (por meio da escuta qualificada do outro) e a humanização das práticas de saúde, cujo desafio consiste em aproximar as tecnociências com os valores da felicidade humana. Esta última diz respeito essencialmente a uma experiência de caráter singular e pessoal, conforme atesta a proposta política de humanização

da atenção à saúde, ancorada em valores que de forma democrática validem e propiciem a felicidade, envolvendo também as instituições do Estado.¹³ Para tanto, reclama a (re)significação não apenas da saúde, mas do projeto de vida do sujeito, do serviço, da práxis profissional, o que permitirá estabelecer um vínculo terapêutico efetivo.

MÉTODOS

Esta pesquisa qualitativa, de cunho antropológico, foi conduzida em Bambuí, Minas Gerais, município de atividade agropecuária, a 212,2 km da capital Belo Horizonte, com cerca de 23 mil habitantes, 85% deles urbanos²¹. A ESF estava implantada nas seis UBS, sendo uma equipe por UBS e seis a sete ACS por equipe. A seleção dos participantes considerou como critérios o território (todas as UBS) e a experiência profissional como ACS. Por se tratar de uma abordagem qualitativa, o número de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação²².

Entre fevereiro e abril de 2011, após consentimento livre e esclarecido dos informantes, foram realizadas, nas UBS, entrevistas individuais, guiadas por um roteiro semiestruturado, que incluíram questões referentes ao cotidiano da ESF e do processo de trabalho do ACS em Bambuí, especialmente a visita domiciliária realizada junto às famílias com idosos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo a leitura atenta para identificar categorias analíticas, a interação entre diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente¹.

Fundamentado na corrente interpretativa da antropologia, o modelo *Signos, Significados e Ações*, desenvolvido por Corin *et al.*²³, guiou a coleta e análise dos dados. Ele possibilita o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica – no caso os ACS – e a sistematização de elementos contextuais que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir para compreender e explicar uma determinada condição ou fenômeno, a partir da identificação de comportamentos concretamente adotados por essa população^{1,18,24}. A análise começa com o nível pragmático das narrativas identificando signos das ações e reações e, em seguida, evolui para o nível semântico ao produzir a compreensão dos significados, promovendo um diálogo entre a particularidade de condutas relacionadas à saúde e a generalidade do modelo biomédico, iluminando as lógicas culturais que explicam as convergências e divergências¹.

Esta pesquisa é parte do projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisa René Rachou (CAAE 0028.0.245.000-09).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 24 ACS, todas mulheres, com idade entre 21 e 48 anos, a maioria casadas. Vinte concluíram ensino médio, sendo cinco técnicas em enfermagem e quatro graduandas em cursos diversos. A maioria estava no cargo há menos de quatro anos, variando de três meses a nove anos. Na zona urbana de Bambuí, o número de famílias acompanhadas por ACS variou de 135 a 191, chegando a 270 na zona rural. Para ser fiel às narrativas, manteve-se o termo utilizado pelas agentes – “PSF” (Programa de Saúde da Família) para se referir à ESF.

Inicialmente, é importante compreender quem é, na visão das ACS, este sujeito idoso que demanda e recebe visitas e como esta visita no domicílio se configura no cotidiano das agentes. Ademais, para acompanhar todas as famílias e indivíduos de sua área de abrangência, as ACS estabelecem critérios que merecem ser avaliados e discutidos quanto aos mecanismos e significados que atribuem para definir o quê, quem e como priorizar essa visita, bem como aos seus desdobramentos para o Cuidado à saúde dos usuários, especialmente os idosos. Da análise das entrevistas, emergiram três categorias no campo de fala das ACS: quem é a pessoa idosa que demanda a visita domiciliária; a configuração prática da visita domiciliária do ACS; a visita domiciliária a famílias com idosos frágeis: critérios, significado e o Cuidado.

Quem é a pessoa idosa que demanda a visita domiciliária

Uma agente, referindo-se ao seu próprio envelhecimento: *“Na hora que eu ver que a minha idade tá passando... Ih, eu tô precisando, praticamente assim, do SUS”* (A3). Precisar do SUS (Sistema Único de Saúde) era um sinal de que ser idoso é adoecer e precisar de cuidados médicos; enquanto outra agente explica: *“a pessoa idosa é aquela que já tá incapacitada de fazer muitas coisas, que necessita de cuidados. Porque os jovens, eles não necessitam de cuidados”* (A2). Quando se referiam a “acamados”, as agentes estavam se referindo ao público idoso. Nesse sentido, elas reconhecem a incapacidade funcional como balizadora da atenção à saúde que oferecem à pessoa idosa, o que concorda com a PNSPI³. Porém, esta necessidade de cuidados aparece confundida com a infantilização da velhice: *“O idoso depende de tudo da pessoa que tá cuidando dele. (...) vamos supor que tem um idoso acamado, às vezes não conversa direito, você tem que saber a hora dele alimentar, a hora que ele quer uma água, tem que trocar às vezes que usa fralda (...) É igualzinho você cuidar de uma criança recém-nascida”* (A19).

Embora o aspecto cronológico tenha aparecido nas falas, ainda que com variações em sua delimitação (60 a 80 anos), as perdas, limitações (físicas, cognitivas e afetivas) e dificuldades cotidianas, a dependência e a necessidade de cuidados de terceiros foram identificadas pelas ACS como definidoras da velhice. Nos relatos, foram destacados o corpo e os sinais físicos do envelhecimento, bem como o adoecimento, a medicalização, a dor e a conseqüente demanda por serviços e insumos biomédicos, os quais serviam para definir quem era o sujeito idoso e interferiam nos modos de cuidar desta população.

Ainda que a prevalência da incapacidade aumente com a idade, a idade sozinha não prediz a incapacidade⁴, mas no contexto sociocultural local observa-se uma associação “inexorável” velhice-doença-incapacidade²⁵, conforme outros trabalhos de cunho antropológico realizados junto a jovens²⁶ e a idosos²⁷⁻²⁹ na mesma cidade.

Nas visitas a famílias com idosos frágeis, as agentes buscavam o verdadeiro sentido e função dessa prática no âmbito da ESF, desempenhando seu papel de mediador e elo da integração entre o serviço de saúde e a comunidade, aproximando o cuidado do território, do ambiente familiar. Porém, resta saber se essa visita serve como ferramenta de cuidado para os idosos frágeis, no que consiste tal cuidado e se as entrevistadas se reconhecem como agentes do Cuidado.

A configuração prática da visita domiciliar do ACS

Tecnicamente, a visita do ACS compreende quatro etapas: planejamento, execução, registro de dados e avaliação do processo³⁰, cuja programação deveria ser feita conjuntamente com a equipe de saúde considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade fossem visitadas mais vezes¹² pelos agentes.

Porém, a realidade retratada pelo grupo ainda se distancia do que está teorizado, expondo o dilema entre a quantidade e a qualidade da visita efetuada: “(referindo-se à coordenadora) *Não queria saber a qualidade, queria número de visitas. Agora a enfermeira caiu em si, falou: ‘gente, o importante não é o número de visitas’. Porque você pode ir ali, em cinco minutos pegar uma assinatura e nem conversar com a pessoa*” (A18). Assim, se o objetivo principal da visita das ACS se resumir à coleta de assinaturas, a meta gerencial será atingida, mas o Cuidado não.

Outra ACS relata como organiza a visita: “*Dou a volta no quarteirão, que às vezes (alguém) tá precisando de alguma coisa, tá me vendo ali. Sempre eu falo: ‘oh, tá precisando de alguma*

coisa, tal horário, que de manhã eu vou na rua de cá e à tarde eu passo na de lá; tal hora eu to passando por aqui'. Ai eles sempre ficam do lado de fora esperando” (A6). Portanto, no seu campo de fala, a organização da visita não é pautada pelo planejamento prévio e/ou pela finalidade da intervenção, mas pelo acaso ou demanda explícita do usuário, o que pode comprometer o sucesso dessa prática profissional¹⁰. Nenhuma delas relatou a realização de visitas para atender a demandas específicas da atuação da equipe, mas para dar respostas ao “enfermeiro-chefe”, à gestão e ao sistema, o que contribui para que a equipe de saúde desconheça o território adscrito e continue realizando visitas focadas apenas nas doenças das pessoas. Ademais, ainda prevalece, no grupo, a ideia de saúde como bem de consumo, servindo como parâmetros de avaliação da atenção das equipes o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de serviços ou a ampliação de cobertura³¹.

Ao retornar para o serviço e repassar dados e registros ao chefe da equipe (o enfermeiro), as agentes se limitam a comprovar a realização da visita, sem relatar quaisquer orientações sobre a sua sistematização no prontuário da família para o acompanhamento e assistência contínua pela equipe e para a avaliação da própria efetividade dessa atividade³⁰.

Nessa perspectiva, a interação usuário-ACS-gestão, limitada ao fornecimento de insumos e à comprovação da visita domiciliária, incorre no risco de continuar “proporcionando mais do mesmo”, permanecendo centrada no preenchimento de fichas e relatórios e no registro de informações técnicas ligadas apenas ao aspecto biológico de doenças. Dessa forma, além de comprometer a vigilância à saúde e o reordenamento do modelo assistencial proposto pela ESF, a visita reproduz e reforça o modelo biomédico hegemônico. Para Franco³², se a lógica da programação em saúde permanece burocrática, a produção do Cuidado se mostra pouco comprometida com uma prática clínica cuidadora.

Além disso, as pessoas visitadas demandam a atuação da ACS em uma gama de questões que, isoladamente, a medicina tecnológica e ou o serviço não conseguem resolver ou amenizar, tais como pobreza, violência, alcoolismo, as quais requerem planejamento e ações intersetoriais³³. Tais situações dificultam as visitas, geram medo e insatisfação do ACS com o trabalho, visto que ficam cotidianamente expostas às situações de risco sem, contudo, ter acesso a ferramentas de enfrentamento³⁴. Logo, cabe a pergunta: nesta visita ocorre um verdadeiro encontro entre as ACS e os usuários, tão necessário ao processo de Cuidado¹³?

A visita a famílias com idosos frágeis: critérios, significado e o Cuidado

No campo de fala das agentes, o acesso e o acompanhamento pela ESF variam conforme certos critérios, porque como explica esta ACS: *“Nem todo mundo precisa. (...) São mais jovens, que não têm doença, que não toma nenhum tipo de medicamento, que se consideram sadios. (...) Que tem plano. Acha que não vai precisar do PSF. Então não precisa receber visitas do agente”* (A17). Em sua rotina de trabalho, as agentes visitam mais quem, intuitivamente, julgam precisar mais: *“[tem idoso] que precisa de insulina, de remédio, então a gente tem que voltar mais. (A10); “Tem muitas senhoras que fica sozinha, às vezes passa na rua, elas me chamam mais pra conversar, nem sobre às vezes saúde. Mais é atenção, ficam muito só”* (A13). Isso confirma que usuários idosos, especialmente aqueles que não contavam com uma rede de suporte familiar fortalecida, valorizaram a visita do ACS, o qual desempenhava importante papel no apoio social a esta população³⁵.

Assim, valendo-se da concepção aristotélica de ‘equidade’ – *“se as pessoas não são iguais, não receberão coisas iguais”*³⁶(p.109), as agentes definem a frequência e periodicidade das visitas, entendendo que o PSF deveria investir mais onde a carência é maior, o que possibilitaria reduzir desigualdades. Elas optam por se voltar prioritariamente para grupos menos favorecidos e com problemas de saúde fortemente determinados por piores condições socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Esse cuidado ofertado pelas ACS por meio das visitas domiciliares representa uma forma de “facilitar para o usuário”, intercedendo em favor do indivíduo idoso junto a outro profissional para favorecer o acesso a consultas, procedimentos e insumos disponíveis no serviço, especialmente para quem se encontra acamado.

Porém, tais visitas são pensadas para o indivíduo enquanto grupo de risco (*“o idoso”, “o carente”, “o doente”, “o pobre”*) e a atenção permanece focada na intervenção médica individual e pautada na doença-adoecimento (*“o diabético”, “o hipertenso”, “o que utiliza mais medicamentos e/ou pede receita médica”, “os mais dependentes”*). Assim, embora as ACS não disponham de orientações de como agir junto às famílias com idosos frágeis, os critérios “equitativos” que elas estabelecem denotam, em última análise, que a solidariedade e a dimensão relacional que os sustenta por certo escapa às estratégias usuais de controle gerencial¹⁴.

Apesar de defenderem em seus relatos que a atenção à pessoa idosa deveria ser prioritária e tal prioridade estar prevista em várias normas de abrangência nacional^{2,3}, na sua prática, as agentes constataam a omissão do poder público, como nesta fala: *“Não tem muito o que eu fazer, porque pra mim fazer alguma coisa não depende de mim, depende de outras pessoas,*

de outros órgãos. Igual Estatuto do Idoso, acho que não faz nada pra ajudar essas pessoas. (...) Acho que o governo deveria investir mais para o idoso ou talvez investe e aqui não tenha um órgão que faça isso” (A8).

De fato, apesar dos avanços em relação às políticas brasileiras de proteção social e de saúde, estas ainda se apresentam muito restritas e largamente insuficientes em relação à oferta de serviços e programas de saúde pública e à amplitude e abrangência da sua intervenção junto à população idosa^{3,7}, especialmente a parcela dependente de cuidados continuados³⁷.

Em se tratando de famílias com idosos frágeis, as visitas domiciliares possibilitariam a identificação e busca ativa dessas pessoas, encaminhando-as para uma avaliação global e para a construção de um plano terapêutico de cada caso/família pela equipe de saúde, de modo a intervir precocemente na perda da autonomia e evitar a dependência funcional^{3,4}. Porém, diferentemente do recomendado³⁰, as ACS não recebem no serviço orientações acerca do Cuidado de pessoas idosas com incapacidade (prevenção de quedas, riscos ambientais, processos demenciais, polifarmácia, entre outros) nem sobre como agir junto às famílias. Nenhuma das entrevistadas sequer menciona a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, considerada uma estratégia do Ministério da Saúde para o acompanhamento da saúde desta população³⁸.

Durante e a partir das visitas, as ACS se esforçam para convencer o usuário a se cuidar. Isso inclui repassar informações; aconselhar sobre práticas e hábitos saudáveis; acompanhar e estimular o controle de pressão arterial e glicemia, imunização, realizando busca ativa quando necessário, além da entrega de medicamentos e receitas, agendamento de consultas e exames, escuta e diálogo, e o reforço ao vínculo entre a equipe e a comunidade, favorecendo a atuação dos demais profissionais da equipe de saúde¹¹. Quanto à vigilância à saúde, vincula-se à noção de controle de consultas, insumos e medicamentos.

As ações realizadas pelas ACS bambuienses não estão sistematizadas em procedimentos, orientações, observações, entrevistas e encaminhamentos referentes à família que tem idosos frágeis, sendo guiadas por demandas e necessidades imediatas daqueles que as procuram. Isso fala a favor do seu compromisso pela resolução dos problemas a partir do que conseguem fazer, mas não do reordenamento do modelo assistencial, pois as metas de gestão continuam referenciadas pelas doenças, centradas no indivíduo como unidade de cuidado e não na família.

Essa situação faz com que o termo ‘família’ perca sua especificidade e torne qualquer intervenção da equipe como familiar³⁹. Importante reconhecer que a atuação da ACS não se dá de forma isolada, mas revela um serviço que também não identifica como foco da atenção: a família com pessoas idosas – frágeis ou não; a família palco de violência doméstica contra a pessoa idosa; a família que demanda insumos do serviço para alguém idoso (procedimentos, medicamentos, curativos, dietas, reabilitação domiciliar); a família unipessoal (pelo risco do isolamento) ou multigeracional (pelo risco de negligência para com as pessoas idosas).

Além disso, a atenção à saúde focada no indivíduo não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção em questões sociais, ficando restrita ao gerenciamento das complicações referentes a afecções crônicas e indevidamente acompanhadas⁴. Assim, o risco familiar relacionado à presença de características, seja na família ou em algum de seus membros, que os coloquem sob maior ou menor probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde passíveis de causar agravos de ordem física, psicológica ou social⁴⁰, poderia embasar um apoio matricial a estas famílias com idosos frágeis para auxiliar a equipe no planejamento e tomada de decisões. Contudo, na prática, isso ainda não acontece.

Apesar disso, as agentes visitam, descobrem, acolhem e escutam a pessoa idosa que demanda cuidados a uma família, que também tem limitações, enquanto todos os sujeitos do cuidado envolvidos sofrem com o despreparo e a insuficiência das políticas públicas para este cuidado continuado^{2,3,37}. Ao adentrar os domicílios, entre algumas surpresas e muitas incertezas, as agentes reconhecem e experimentam emoções e situações da vida real, marcadas por relações complexas, inclusive entre o PSF e a família visitada, que expõem uma população historicamente desassistida, da qual a própria agente participa.

Importante reconhecer que o processo de trabalho em saúde é sempre relacional, aberto à presença do trabalho vivo em ato, por isso mesmo podendo sempre ser “atravessado” por lógicas distintas e pela criatividade permanente do trabalhador em saúde, como lembra Merhy⁴¹. Assim, apesar de reproduzirem uma atenção à saúde “contaminada” pelo modelo biomédico, as agentes fazem da visita uma ferramenta de cuidado que ultrapassa a dimensão biológica da saúde e adentra a intimidade da vida privada. Uma ACS explica: *“Quando elas se torna amiga, elas contam muito o que acontece dentro de casa pra gente e não tem coragem de contar pra um filho. A gente passa a ser uma amiga. Porque a gente, que trabalha como agente, tem que ter sigilo, a ética profissional. O que ouve lá não pode passar pra frente”* (A1). Assuntos particulares se tornam visíveis e alvo de avaliação dos

profissionais de saúde, o que coloca o vínculo e a confiança em linha tênue³³, trazendo à tona aspectos éticos com os quais as ACS se deparam.

Dessa forma, o trabalho das ACS no cuidado à saúde da pessoa idosa se organiza na operação de inúmeras interfaces que compõem o campo da saúde e seu fazer se interpõe no curso entre a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais têm potenciais conflitos na dinâmica cotidiana, pois visam conciliar ações técnico-assistenciais com aspectos sociais⁴². Compreende-se que, para as agentes, cuidar significa mais do que tratar o sujeito nas unidades de saúde, incluindo prover assistência na vida comunitária, exercendo o cuidado no território onde se insere a população adscrita⁴³. Todavia, a solidariedade, a compaixão e o fato de as tarefas das agentes se sobreporem às de outras categorias profissionais podem levá-las a confundir seu papel e ultrapassar os limites de sua competência, como neste relato: *“Tem uma senhora na minha área, que ela até morreu tem pouco tempo, eu dava até banho nela, na casa dela. (...) porque tinha muito tempo que eu tava tratando da ferida dela”* (A6).

Além disso, a ausência de planejamento sistemático das visitas domiciliares junto à equipe e sua reprodução burocrática – preenchimento de fichas, atualizações rotineiras e comprovação por meio de assinatura do usuário – reduzem-na a uma atividade social e dificultam a construção de novas relações entre os usuários e a equipe e, em última análise, a criação de vínculo³³, bem como a transformação de um modelo de atenção procedimento-centrado para família-usuário-centrado. Essas contradições e estranhamentos na rede de atenção à saúde que decorrem de relações hierárquicas nas equipes e de ações centradas no enfoque curativo, assistencialista, com orientações voltadas para determinadas doenças e guiadas por programas preestabelecidos, podem mascarar as reais necessidades de saúde da população⁴⁴ e prejudicar o acompanhamento das famílias.

Nesta estreita relação entre o universo das representações (maneiras de pensar) e dos comportamentos (maneiras de agir)²⁴, a ACS vai ao campo, preocupada em “ajudar” pessoas idosas, as quais reconhece, intuitivamente, como vulneráveis. Ao tentar responder aos anseios da população adscrita –, embora em um invólucro de visita promotora do acesso a procedimentos, insumos, consultas e medicamentos –, identificada com a mesma rede sociocultural e semântica de cuidado da população assistida, a ação das agentes ainda reforça o significado de saúde como bem de consumo. Muito embora essa motivação solidária possa servir para humanizar o cuidado, emerge das falas a ausência da compreensão abrangente de saúde e de Cuidado proposta pela ESF.

Assim, o significado da visita domiciliária a pessoas idosas no âmbito da ESF para as ACS transita entre o exercício de sua solidariedade, especialmente por meio da escuta, e o cuidado no sentido predominantemente biomédico. O acompanhamento domiciliar de idosos com algum tipo de incapacidade funcional revela as múltiplas fragilidades de todos os sujeitos de cuidado envolvidos. Primeiramente, as fragilidades da pessoa idosa que precisa ser cuidada e as da comunidade em que vive, frente ao sofrimento vivenciado pelas famílias que cuidam de pessoas que envelhecem sem contar com uma rede de suporte social adequada e com o apoio sistemático do SUS. Também aparecem as fragilidades do serviço público de saúde, pois faltam políticas e ações voltadas para idosos e suas famílias, deixando as agentes diante das próprias limitações enquanto profissionais de saúde no exercício desse cuidado.

Se se pretende o reordenamento do cuidado como práxis mediadora e inovadora da ação em saúde pelas agentes, há que se insistir em ações sucessivas e abrangentes de inclusão, dignificação, visibilidade, reconhecimento e corresponsabilização de todos os atores envolvidos no cuidado a famílias com idosos frágeis – usuário, agente, equipe, gestor³¹. Quando realizada de forma dialógica e voltada para a realidade, as necessidades locais e o acompanhamento longitudinal das famílias, a visita possibilita este reordenamento, ao promover o vínculo e a responsabilização⁸, reconhecendo a família como unidade de cuidado, a incapacidade funcional como balizadora de ações³ e o domicílio como o território onde as relações familiares, as condições socioculturais e sanitárias podem ser sensivelmente observadas¹⁰. Essa decisão passa pela efetiva implementação da PNSPI³, com definição de estratégias e de metas gerenciais para o Cuidado à família com idosos frágeis e de humanização e qualificação desse Cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, a compreensão da dinâmica das visitas domiciliárias das ACS às famílias com pessoas idosas frágeis, expõe as fragilidades desta população, da família e da ESF para exercer o Cuidado, que fica comprometido, porque o encontro não se faz com a pessoa idosa, mas com o “doente”, o “decadente”, o “incapaz”, o “velho” cheio de “limitações e sofrimentos”. Apesar de conseguirem perceber a importância da funcionalidade para a saúde do idoso, valorizam mais suas incapacidades, em uma perspectiva negativa, fatalista e “natural”, reproduzindo, por meio da cultura, a visão da velhice difundida na sociedade ocidental.

No cotidiano do trabalho, enquanto se submetem a uma gestão vertical que cobra e é cobrada sobre a quantidade de visitas realizadas, as agentes modulam a criação e a intensidade do vínculo com os usuários idosos para definir estratégias de atuação, aplicando critérios baseados na solidariedade a pessoas que conhecem e com as quais compartilham o mesmo contexto sociocultural. Para decidir sobre quem visitar, as agentes confrontam as demandas captadas no território, ao mesmo tempo em que observam que as necessidades em saúde da população assistida revelam necessidades de outra ordem (psíquica, emocional, econômica, social). Emergem daí dilemas entre o saber científico e o popular; entre o respeito a uma hierarquia técnica e vertical de poder, prisioneira de uma lógica funcionalista, produtivista e fragmentária e os valores relacionais de compaixão, solidariedade, reconhecimento e retribuição que elas anseiam.

Ainda que modulada por uma noção de “equidade solidária”, sua atuação reforça um modelo assistencial médico-procedimento-centrado e uma assistência voltada ao indivíduo “doente”. Algumas agentes relatam utilizar da escuta/diálogo como ferramenta de cuidado, seja por perceber que a pessoa idosa deseja ser escutada; por vislumbrar a importância dessa ferramenta no processo de cuidado, ainda que de forma intuitiva; ou por não ter outra “coisa” a fazer (medir pressão, glicemia) e ser esta a única ferramenta disponível. Assim, percebe-se a necessidade de investir em processos educativos para que os agentes se apoderem das ferramentas de Cuidado, especialmente, da escuta, qualificando-a, pois o ouvir por ouvir não favorece efetivamente o Cuidado.

Finalmente, o Cuidado também é comprometido pelo distanciamento que parece haver entre as ACS e a equipe. Assim, para alcançar os propósitos formais da ESF, é fundamental a equipe investir no diálogo com este ator, partilhando e aprendendo com ele sobre a cultura local, os anseios da comunidade e o cotidiano da atenção à saúde. É preciso ouvi-lo e também investir em capacitações e educação permanente sobre o cuidado a famílias com idosos que vivenciam perdas na sua funcionalidade, para que a visita domiciliária funcione como ferramenta diagnóstica, de planejamento e de reorientação do modelo assistencial à saúde. Caso contrário, as visitas servirão de instrumento para valorizar e assimilar a cultura de saúde como mero bem de consumo e não como direito a uma política pública universal e de qualidade para todo cidadão brasileiro, de todas as idades, inclusive aquele que, como o ACS, trabalha e utiliza o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among elderly in Bambuí, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Supl 3):S370-7.
2. Fernandes MT, Soares SM. O Desenvolvimento de Políticas Públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1494-1502.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 20 out 2006; Seção 1.
4. Giacomini KC, Sartini CM, Matos SG. Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH. *Rev Pensar BH/ Política Social* 2005 set-nov;13:3-9.
5. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva (Switzerland): WHO; 2001.
6. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet* 2008 ago;13(4):1199-207.
7. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saude Publica* 2005 out;21(5):1509-18.
8. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm* 2007 nov-dez; 60(6):659-64.
9. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-55.
10. Teixeira PC. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade debate* 2009 jan-jun; 15(1): 165-78.
11. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4): 2155-64.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
13. Ayres, JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO; 2011.
14. Pinheiro R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ LAPPIS; 2011. p. 51-66.
15. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por*

- Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p.71-103.
16. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 16ª ed. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 1994.
17. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saude Publica 2005; 39(3):507-14.
18. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saude Publica 1994 dez;10(4):497-504.
19. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora; 1989.
20. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração; 2000.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [página da internet]. [acessado 2014 mar 11]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310510&search=minas-gerais|bambui>.
22. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saude Publica 2011; 27(2):389-94.
23. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. Psychopathol Afr 1992; 24:183-204.
24. Firmo JOA, Lima-Costa MFF, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. Cad Saude Publica 2004 ago; 20(4):1029-40.
25. Uchôa E. Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. Cad Saude Publica 2003; 19(3):849-53.
26. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.25-35.
27. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Cien Saude Colet 2013; 18(8):2319-28.
28. Moraes GVO. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade [Dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
29. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. Cien Saude Colet. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14956. Acesso em 01/05/2014. (no prelo)

30. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde, organizador. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.43-6.
31. Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Usuários, Redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2011.
32. Franco TB, Andrade CS, Coelho VSF, organizadores. A Produção Subjetiva do Cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.
33. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu) 2013 jan/mar; 17(44):61-73.
34. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Cien Saude Colet 2011 jan;16(1):231-40.
35. Lima NA, Silva L, Bousso RS. A visita domiciliária realizada pelos agentes comunitários de saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saude Soc 2010; 19(4):889-97.
36. Aristóteles. Ética a Nicômaco. Brasília: Ed. Universidade de Brasília; 1985.
37. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 337-49.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 4 mai 2014.
39. França SP, Pessoto UC, Gomes JO. Capacitação no Programa de Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. Trab. educ. saúde (Online) 2006;4(1):93-108.
40. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM, Rosset-Cruz I. Classification of Family Risk in a Family Health Center. Rev Lat Am Enfermagem 2013 sept-oct; 21(5):1088-95.
41. Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
42. Nogueira RP, Silva F, Ramos Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde. [Textos para discussão nº 735]. 2000. [acessado 2013 jun 15]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf.
43. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
44. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? Cien Saude Colet 2011; 16(Supl.1):1023-8.

7.3 ARTIGO 2

Envelhecimento com incapacidade funcional na visão do Agente Comunitário de Saúde

Aging with disability: ways of thinking and acting of the Community Health Agent

Magalhães, Kelly Alves¹; Giacomini, Karla Cristina²; Firmo, Josélia Oliveira Araújo³

1. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz / Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Augusto de Lima 1715. CEP 30 190 002. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil.

2. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais.

3. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE). Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz / Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Augusto de Lima 1715. CEP 30 190 002. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil.

Financiamento: FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11), CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7 e CAPES (bolsa de doutorado).

RESUMO

OBJETIVO: Compreender os modos de pensar e agir de agentes comunitários de saúde face ao envelhecimento com incapacidade funcional, no contexto da atenção básica à saúde.

MÉTODOS: Estudo de abordagem antropológica. Foram entrevistadas 24 agentes do município de Bambuí/MG, utilizando-se roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. O modelo *Signos, Significados e Ações*, fundamentado na corrente interpretativa da antropologia, guiou a coleta e análise dos dados, possibilitando a construção de um modelo explicativo das maneiras de pensar e de agir das agentes.

RESULTADOS: As agentes identificam o envelhecimento por signos de ordem cronológica, ocupacional, corporal e relacional, em estreita relação com uma visão negativa, inexorável e fatalista da velhice. O significado de ser idoso relaciona-se a diversas perdas, inclusive da autonomia, negada pela infantilização da velhice. Ancorada no saber biomédico e na cultura da “reprivatização da velhice”, elas percebem o envelhecimento como um processo “natural” de incapacitação e sofrimento, impossível de ser evitado, minimizado ou retardado. Em sua maneira de agir, ao mesmo tempo em que se aproximam da pessoa idosa, exercendo um

cuidado solidário e equitativo, nota-se o distanciamento de uma velhice indesejada, cuja responsabilidade maior pelo cuidado compete à família.

CONCLUSÕES: Os resultados revelam mitos e preconceitos culturalmente arraigados que naturalizam as incapacidades na velhice e negam aos idosos recursos e investimentos em políticas públicas que lhes são devidos. Faz-se necessário assegurar suporte às famílias, capacitação sobre envelhecimento aos profissionais e recursos para o cuidado à velhice, com ou sem incapacidade. A utilização desses achados pelo serviço de saúde pode servir para aprimorar o cuidado à população que envelhece, especialmente no âmbito da atenção básica.

Palavras-chave: Envelhecimento; Incapacidade funcional; Estratégia de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Antropologia Médica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the ways of thinking and acting of community agents towards aging and disability in the context of primary health care.

METHODS: Study by anthropological approach. 24 semi-structured interviews were conducted with community agents in the city of Bambui/MG, which were recorded, transcribed and analyzed. The model of signs, meanings and actions, based on interpretative perspective of anthropology, guided the collection and analysis of data and allowing the construction of an explanatory model of the ways of thinking and acting of agents.

RESULTS: For agents, aging is identified from signs of chronological, occupational, bodily, social and cultural order, in close relationship with a negative, inexorable and fatalistic view of old age. The meaning of being elderly is related to various losses, including autonomy, refused by elderly infantilization. Anchored in biomedical knowledge and in culture of the "privatization of old age", they perceive aging as a "natural" process of disability and suffering, impossible to be avoided, minimized or delayed. In their ways of acting, while approaching the elderly, playing a solidary and equitable care, note the distancing themselves from unwanted, old age, whose major responsibility of taking care is for the family.

CONCLUSIONS: The results reveal culturally ingrained myths and preconceptions that naturalize disability in old age and deny resources to the elderly and public policy investments that are due to them. It is necessary to provide support to families, training professionals about aging and ensure resources for care in old age, with or without disability. The use of these findings for health service can serve to improve care for the aging population, especially in the context of primary care.

Keywords: Aging; Disability; Community Health Agents, Family Health Strategy; Medical Anthropology.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido e intenso, sem o devido desenvolvimento socio-sanitário¹, repercute diretamente no perfil de adoecimento da população brasileira, aumentando a prevalência de doenças crônicas-degenerativas e o risco de incapacidade funcional.^{2,3} Esta pode ser definida como as limitações e dificuldades na realização de atividades cotidianas, em qualquer domínio da vida, ou a restrição na participação social, resultante da interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, lesões, traumas) e dos fatores contextuais (atributos pessoais e ambientais) do indivíduo⁴. Este fenômeno complexo, influenciado por múltiplos fatores², deve ser compreendido como uma experiência referenciada a um universo sociocultural específico.³ Apesar das mudanças em relação às políticas de proteção social ao idoso, estas ainda se apresentam restritas em relação à oferta de serviços e programas de Saúde Pública, como na amplitude da sua intervenção. O Estado brasileiro se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados.^{1,3}

O impacto sobre o sistema de saúde brasileiro causado por idosos dependentes que necessitam de um cuidador ainda não é bem conhecido e tal cuidador não é assimilado como parceiro da equipe de saúde, ao contrário do que é observado em países desenvolvidos.³ Ressalta-se que o cuidado realizado de forma inadequada, sem orientação e apoio, pode onerar de diversas maneiras o próprio cuidador, a pessoa cuidada e sua família.³ Todavia, a dependência não é um estado permanente; é um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar, ser prevenida ou reduzida na presença de ambiente e assistência favoráveis.^{2,3}

De acordo com o IBGE, 70 a 80% das pessoas idosas dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde⁵ e a maioria vive na comunidade. Portanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) compõe a referência ao cuidado integral desta população.¹ Portanto, no âmbito da saúde pública, estudos acerca da percepção da dimensão funcional da saúde da população idosa são necessários, com destaque para a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) – profissionais recém-inseridos nas práticas coletivas de saúde, pertencentes ao mesmo contexto sociocultural da população assistida, onde exercem o papel de “elo” entre esta e o serviço de saúde.⁶ Ademais, o envelhecimento é um processo (inter)subjetivo, marcado pelas interações dos indivíduos entre si e com o meio em que vivem, em diferentes contextos socioculturais⁷, fazendo deste fato universal e natural do ser humano uma categoria socialmente produzida, resultando em formas heterogêneas de concebê-lo e de vivê-lo.⁷ Assim, objetiva-se compreender os modos de pensar e agir de ACS face ao envelhecimento com incapacidade funcional da população que assistem, no contexto da atenção básica à saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho, de abordagem antropológica, volta-se à compreensão dos significados que as ACS atribuem às suas experiências e como compreendem o mundo em que vivem.⁹ Tal significado é partilhado culturalmente, organizando o grupo social em torno de simbolismos e representações¹⁰, enquanto categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a.^{9,10} A corrente interpretativa da antropologia considera uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹¹, compreendida como um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações – o contexto no qual os diferentes eventos se tornam inteligíveis.¹²

A pesquisa foi conduzida em Bambuí, Minas Gerais, município de atividade agropecuária, 23 mil habitantes, 85% deles urbanos¹³ e expectativa de vida de 70,2 anos. Nos últimos 50 anos, observou-se um envelhecimento progressivo dessa população a um ritmo maior que aquele verificado no país.⁵ Quanto aos serviços de atenção básica à saúde, a ESF, com cobertura de 91%, está implantada nas seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma equipe por UBS, seis a sete ACS por equipe e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A seleção dos participantes considerou como critérios o território (todas as UBS) e a experiência profissional como ACS. O número final de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação^{10,14}.

O modelo *Signos, Significados e Ações*¹⁵, fundamentado na corrente interpretativa da antropologia¹², guiou a coleta e análise dos dados. Ele possibilita o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica e a sistematização de elementos contextuais que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir para compreender e explicar uma determinada condição ou fenômeno. Tal proposta analítica inverte o procedimento usualmente utilizado em estudos sobre representações, pois inicia-se no nível pragmático das narrativas identificando as ações e reações desencadeadas pelos signos para a identificação das explicações privilegiadas frente a estes, evoluindo assim para o nível semântico ao produzir a compreensão dos significados.^{11,15}

Após consentimento livre e esclarecido dos informantes, foram realizadas entrevistas individuais nas UBS, guiadas por um roteiro semiestruturado, com questões sobre: percepção a respeito do envelhecimento; experiências pessoais e comportamentos adotados em relação aos idosos; ações e recursos da atenção básica existentes no município. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Leituras exaustivas de cada entrevista permitiram identificar categorias analíticas, interação entre diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente.^{3,16}

Esta pesquisa integra o projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou (CAAE 0028.0.245.000-09). As participantes assinaram um termo de consentimento, em acordo com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As agentes foram referenciadas pela letra “A” seguida do número correspondente à ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 24 ACS, todas mulheres, a maioria casadas. Vinte concluíram ensino médio, sendo cinco técnicas em enfermagem e quatro graduandas de nível superior. A maioria estava no cargo há menos de quatro anos, variando de três meses a nove anos.

A seguir, serão apresentadas as maneiras de pensar da ACS em relação ao envelhecimento e à incapacidade funcional e as maneiras de agir destas no cuidado a velhice. Após, em um esforço de síntese, apresenta-se um modelo explicativo de como se relacionam as maneiras de pensar e de agir das agentes ante o envelhecimento com incapacidade.

Maneiras de pensar frente ao envelhecimento e à incapacidade funcional

No universo pesquisado, ser idoso significa perder a “juventude” e uma série de transformações negativas de ordem funcional; estética; orgânica/saúde; emocional; cognitiva; financeira; além das perdas de relacionamentos, papéis e funções sociais, conforme os signos (tudo o que sinaliza o envelhecimento para as agentes) identificados nas falas das entrevistadas (Tabela 1).

As agentes divergiram quanto à idade para considerar uma pessoa idosa. Na contemporaneidade, observa-se certa flexibilização entre as fases da vida, mas a referência cronológica continua servindo para inserção dos indivíduos na sociedade, para a regulamentação de direitos e deveres civis, políticos e sociais, e para a institucionalização do ciclo de vida dividido em etapas que definem estilos a serem adotados ou não, e determinando fronteiras entre indivíduos e segmentos sociais. A classificação em idades contribui para manter ou transformar as posições de cada indivíduo em espaços sociais específicos: a “juventude” representa um modo de ser e estar no mundo, um padrão de vida a ser estendido a todas as demais faixas etárias, enquanto a “velhice” deve ser adiada ou negada, pois quem a experimenta vivencia uma estigmatização^{7,8}.

Esta agente esclarece:

“Porque muita gente tem vergonha de ser idoso. (...) Como se diz: o maracujá de gaveta”. (A2)

As agentes reportam-se às mudanças na aparência do corpo, ao medo da perda da beleza e ao desejo de permanecer jovem ou de rejuvenescer – preocupação que perpassa o universo feminino.¹⁶ Os sinais aparentes e reais da velhice são construções simbólicas de cada sociedade, em que a experiência física do corpo e sua significação passa pelo corpo social, pelas categorias sociais pelo meio das quais o corpo é (re)conhecido, sustentando uma visão particular da sociedade.¹⁸⁻²⁰

Esta ACS descreve:

Idoso é a melhor idade (...) considero a pessoa idosa mesmo acima dos 80. (...) Depois dos 80 é que eles dão uma caidinha. (...) Falam que começa aos 60 ser idoso, mas eu acho que não, que hoje já evoluiu muito, as pessoas tão acompanhando mais e tá procurando tratamento mais cedo (...) vai pras ginástica na praça, tão participando mais. (A5)

De fato, o corpo constitui um espaço de hierarquia e poder, sendo o primeiro instrumento sobre o qual incidem técnicas, atos e normas capazes de orientá-lo, discipliná-lo, moldando sua postura às imposições socioculturais e históricas, servindo assim de metáfora da sociedade¹⁹. O corpo velho funciona como um “suporte de signos” referentes às alterações na própria estrutura e funcionamento, que traduzem o processo de incapacidade funcional¹⁶ e de envelhecimento, incluindo termos e expressões de conotação predominantemente negativa e preconceituosa da velhice, especialmente por pessoas mais jovens²¹ – inclusive as ACS –, o que contribui para naturalização e homogeneização da velhice e a perpetuação de estereótipos transmitidos pela cultura^{11,16,21}.

Para Le Breton¹⁸, o próprio corpo é implicitamente um fato cultural, pois a corporeidade também é socialmente construída: “do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular de um ator” (p.7).¹⁸ Apesar da existência de uma materialidade universal do corpo, as definições, disposições corporais e seus significados múltiplos atestam sua heterogeneidade.¹⁸ Afinal, “o corpo sequer existe, o que existem são homens e mulheres” (p.24).¹⁸

De modo ambíguo, para retardar ou mascarar os efeitos aparentes do envelhecimento⁷, as agentes promovem uma separação imaginária: corpo velho – mente jovem:

Ele começa a pôr na cabeça dele que ele já tá velho e muitas vezes a gente tem que explicar pra ele: ‘Não, você tá novo ainda. Que é isso?! Não tem nada disso, tá velho...’ (...) Porque tá novo de idade, mas tá sentindo velho. ‘Eu não posso fazer nada porque já tô velho’. Tipo assim, não fazer nada, no sentido de trabalhar, de fazer alguma coisa dentro de casa. (A1)

Tabela 1: Dimensões e Signos relacionados ao significado de ser idoso e envelhecimento para as Agentes Comunitárias, Bambuí/MG. 2011.

Dimensões	Signos
<u>Cronológica</u>	Idade avançada; idade bem elevada; tá mais de idade; já viveu muitos anos/ vivência; já passou pelas fases da vida, acima de 60 anos, melhor idade.
<u>Corporal:</u>	
- <i>Aparência</i>	Muda totalmente, enrugado, acabadinha, corpo mais velho, velha, maracujá de gaveta, cabelo branco, perda da beleza; usa dentadura.
- <i>Funcionalidade</i>	Frágil/fraco, osso mais fraco, risco maior de quedas, muleta, cadeira de rodas, acamado, só fica em casa, decadente, depois dos 80 dá uma caidinha, dependente, necessita de ajuda, memória falha/esquecimento, mente fica fraca, não consegue gravar, gagá/esclerosado, incapaz; incapacitada de fazer muitas coisas, limitações/ dificuldades de fazer as coisas sozinho (ir ao mercado, sair de casa, arrumar a casa, tomar banho, subir escada, fazer comida, dificuldade de enxergar e de andar); cansado; dá uma caidinha; corpo já funciona mais lento, anda devagar, tudo fica mais devagar.
- <i>Adoecimento</i>	Doente, doentinho, adoece mais, doenças vão acumulando, debilitado, maior número de medicamentos que toma, precisa mais do médico, precisando/depende do SUS, dores no corpo, feridas; machuca mais, depressão; recaído.
<u>Relacionais</u>	Solidão, fica sozinho/ trancado dentro de casa, se isola, quer ficar no cantinho dele, abandonado, carente, quer conversar, reclamão, repetitivo, chato, mal humorado, ranzinza, estorvo (fardo); netinhos, avô(á); limitações financeiras; não pode usufruir; sofrimento. Capacidade de aconselhar; sabedoria; maior sensibilidade; sociedade evoluiu mas não evoluiu junto com o mundo; culturas diferentes (virtudes, moral, ética); dificuldade para se expressar e comunicar; sistemático; volta a ser criança; desobediente, teimoso; pirracento; gênio difícil; preguiçosinho.
<u>Ocupacional</u>	Parar de trabalhar; tá aposentado; seu dinheirinho.

Os poucos aspectos positivos ressaltados referiam-se à dimensão relacional: à sabedoria dos idosos, sua capacidade de aconselhar e sensibilidade e a possibilidade de

assumir o papel de avô/avó. Por outro lado, uma pessoa idosa é quem “não tem condições de fazer nada sozinho”, “carente”, “reclamão”, “repetitivo”, que demanda a ajuda constante de terceiros, porém “rígido”, “teimoso”, “recusa ajuda” e se isola ou é isolado pela família. Esta mulher explica:

“Você já chegou numa fase que você passou tudo na sua vida. Ser idoso é a fragilidade da pessoa. (...) Com o passar dos anos você vai envelhecendo. (...) Certa etapa a pessoa fica mais madura, depois eu acho que ela volta até a ser criança de novo”. (A23)

Outra agente compara o cuidado à pessoa idosa com o do seu filho:

“Cuidar de um idoso é a mesma coisa que eu cuido do meu filho de um ano e três meses. (...) O idoso depende de tudo da pessoa que tá cuidando dele”. (A19)

Essa infantilização da velhice dependente necessariamente passa pela dependência dos cuidados de outrem, perspectiva que gera nos idosos um medo até maior do que o de morrer¹⁴. Ademais, as ACS não se veem no seu próprio envelhecer. Essa não identificação social com os mais velhos concorre para a estigmatização da velhice⁷, vista como um problema externo, “do outro” (familiares e usuários). Aqui, possivelmente subjaz o tabu ocidental acerca da morte – jamais explicitamente mencionada, mas revelada nos signos relativos a perdas, doenças, medicamentos, lentidão – e a dificuldade de todos em lidar com a certeza da fragilidade e da finitude humanas¹⁴.

A velhice e a morte encarnam o “irredutível do corpo”, por não participar do campo simbólico da sociedade, mas sim, ao lugar da anomalia. O envelhecimento marca uma dualidade entre o sujeito e o seu corpo, que se transforma em uma espécie de prisão; o velho torna-se objeto de seu corpo, dependente deste e reconhecido por ele (danificado, doente, que precisa ser cuidado) e não pela sua história, deixando assim de ser sujeito. O velho tende a reduzir-se cada vez mais a seu corpo, que o deixará paulatinamente.¹⁸

Maneiras de agir no cuidado à velhice

A visita domiciliária é o carro-chefe da atuação das agentes. Sua preparação e realização revelam como elas lidam com os idosos de sua área e com as diferenças no envelhecimento de “ricos” e “pobres”:

“Quando eu passo na casa deles, eles não querem que eu vou embora, eles quer que eu fico ali com eles. Aí, essas casas que têm mais idoso, eu deixo pra tarde”. (A3)

“As pessoas mais ricas tem condições de tá fazendo exercício, pagando uma academia. (...) E já tem aquelas mais caridosas, mais pobres, que não têm condições de pagar. Elas envelhecem mais rápido. Como a pessoa envelhece, até a mente também, porque parece que não tem ninguém que conversa, que dá atenção. (...) nem a família importa. E não consegue fazer as coisas que o rico consegue”. (A10)

Nesse espaço de encontro de subjetividades, onde se estabelecem relações de cuidado, as agentes buscam exercer o papel de elo entre o serviço e a comunidade⁶, mas transparecem visões divergentes quanto à responsabilidade pelas condições da velhice e à incongruência entre demanda e oferta de serviços. Há quem exima a ESF de qualquer responsabilidade, quem acuse o Estado de omissão; e ainda quem responsabilize a própria pessoa idosa, como nestes excertos:

“Mas não depende do PSF, não é da saúde, não é de nada. Eu acho que todo cuidador tinha que ser cuidadoso. Mas infelizmente, não posso fazer nada por isso”. (A24)

“Não tem muito o que eu fazer, porque pra mim fazer alguma coisa não depende de mim, depende de outras pessoas, de outros órgãos. Igual Estatuto do Idoso, acho que não faz nada pra ajudar essas pessoas. (...) Então como é que a gente faz? A gente pode apenas ouvir”. (A8)

“Tem aquele idoso que (...) na hora que começa a sentir uma dor, ele já vai se entregando, vai deixando por conta da família olhar. Aí rapidinho tá acamado, depressivo. (...) Eu acho, eu acho não, eu tenho praticamente certeza que tem como envelhecer bem, basta a gente querer”. (A21)

A iniquidade no curso do envelhecimento pode estar condicionada a circunstâncias socioeconômicas¹ que ultrapassam em muito a vontade do indivíduo, mas ninguém questiona a desigualdade social estabelecida e compartilhada com os idosos assistidos. Contudo, uma entrevistada lamenta:

“Eu tento ajudar da melhor maneira possível. Mas a gente não tem muita coisa pra oferecer. (...) A gente tem muita cobrança. Nesse tempo que estou no PSF, mudou muita pouca coisa. (A4)

Embora afirmem realizar visitas mais frequentes aos idosos, as agentes reclamam das cobranças face ao apoio insuficiente do serviço, da elevada demanda por insumos, exames e consultas.

Esta ACS acredita que a família transfere o “idoso problema” para ela:

Eu tenho muitos que a família não dá muita atenção, ou deixa eles mais de lado, não tem paciência. (...) Acho que se a família colaborasse com a gente e tivesse um pouquinho mais presente, seria melhor. Mas eles acham que o agente de saúde tem a obrigação de tá cuidando deles. (...) Entrega eles pra nós. (A11)

Unanimemente a família é referida como a primeira e principal responsável pelo cuidado ao idoso e culpabilizada pelas situações de abandono, desamparo e por não cuidar bem. Mesmo reconhecendo as dificuldades do processo de cuidado e a falta de preparo de muitos cuidadores familiares, indubitavelmente, a família é a rede de apoio mais frequente dos idosos^{3,22} e, por vezes, a única. Alvarenga et al²² observaram que em diversas modalidades de apoio, a família apareceu como principal personagem, ficando o serviço de saúde restrito às dimensões da visita e cuidados pessoais, mas em proporção mínima frente à demanda.

Estudo conduzido na Espanha²³ com idosos com incapacidade mostrou que o cuidado exercido pela família também predominava em relação àquele prestado de modo privado e principalmente, sobre o de caráter público. Contudo, nem a família nem os serviços públicos eram os agentes de cuidado mais eficazes para atender às necessidades dos idosos; antes o cuidador contratado destacou-se como melhor provedor em relação à qualidade do cuidado prestado. Em Bambuí, as entrevistadas reconhecem o próprio despreparo para lidar com o envelhecimento:

Pra cuidar do idoso a gente nunca teve um curso. A gente faz o que a gente tem: a lógica, a razão, a gente passa pra eles. Mas saber mesmo, a gente não sabe não. (A7)

Apontam também a necessidade de capacitar os cuidadores (familiares) de idosos:

Eu acho que não (estão preparados). (...) A minha mãe já cuidou de idoso. Então desenvolveu hérnia de disco porque não tinha prática, não tinha técnica pra tá transferindo o idoso de uma cama pra uma cadeira. Com isso ela se prejudicou. Coisas que um curso facilita demais. (A22)

Dentre as seis equipes de saúde de Bambuí, apenas uma relatou estar tentando fazer grupos de apoio a cuidadores informais de idosos, por considerar que estes necessitam de orientação quanto ao cuidado prestado e para preservação da saúde do próprio cuidador. Outras equipes relataram o “fracasso” desse tipo de ação, especialmente pela dificuldade de adesão dos cuidadores ao grupo por não terem com quem deixar o idoso.

Diante da carência de recursos, uma agente que realizou curso específico de cuidadores de idosos, busca outras entidades para promover a inclusão da pessoa idosa, articulando-se com a rede social mais ampla:

Até fui atrás da assistência social, atrás do presidente da Vila pra tá levando ela (a idosa) pra lá. (...) ver se eu trago ela pra academia, junto com o pessoal; trazer ela no médico. Tentar ajudar ela pra tá interagindo também com a sociedade. (...) É incluir ela, não excluir. (A5)

Esses resultados reiteram a importância do apoio que cuidadores familiares e idosos necessitam receber de agentes públicos³, os quais devem estar mais preparados para tal. Entretanto, as agentes não se reconhecem como representantes do ente público que cuida da saúde e o Estado brasileiro aterroriza os idosos pelas questões da seguridade social¹⁹ e tem delegado à família a responsabilidade maior dos cuidados para com os idosos, sem lhes oferecer os recursos necessários para fazê-lo^{1,3,20}. Parafraseando Debert⁸, a responsabilização da família e sua solidão no processo de cuidado são designados por Santos²⁴ como a “reprivatização do cuidado”.

Ressalta-se que os modos de pensar e agir das ACS mais experientes no serviço e das novatas não diferiram.

Falta capacitação sobre envelhecimento, especialmente se considerado que em todas as áreas existem idosos e esse número tende a crescer nos próximos anos, pautando a importância da especificidade desse grupo populacional, dos riscos à saúde e de seus direitos – muitas vezes negligenciados. Torna-se fundamental superar mitos e preconceitos arraigados em nossa cultura que relacionam inexoravelmente a velhice à doença.^{3,14}

Um modelo explicativo do processo de envelhecimento com incapacidade

Para Kleinman²⁵, a saúde e a doença são vistas como parte de um sistema cultural que fornece modelos para identificação e resolução de problemas nesse campo. Diferentes categorias de pessoas empregam modelos explicativos diferentes, fato que pode gerar conflitos na comunicação entre profissionais (que quase sempre orientam os programas de saúde) e população (que orienta os comportamentos), comprometendo a eficiência das políticas públicas.^{1,11}

Assim, emerge das entrevistas um modelo explicativo²⁵ (Figura 1), que sintetiza o significado do processo de envelhecimento com incapacidade funcional, o qual reforça e é reforçado por um modelo de atenção à saúde do idoso que ainda não é pensado na perspectiva da funcionalidade e da autonomia, continuando centrado na doença e na naturalização das limitações como inerentes à idade.

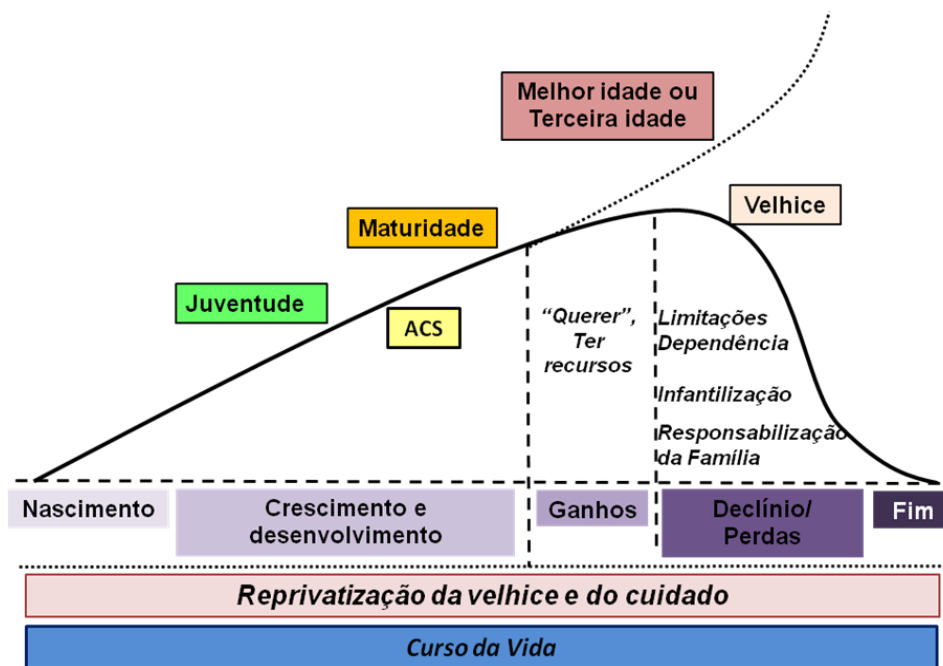


Figura 1: Modelo explicativo do processo de envelhecimento com incapacidade funcional na visão de Agentes Comunitários de Saúde, Bambuí-MG. 2011.

Nota-se certa ambivalência entre aproximar-se da pessoa idosa no cotidiano de seu trabalho, exercendo um cuidado solidário e equitativo, e o distanciamento de uma velhice indesejada, solitária e de sofrimento, que parece anunciar um futuro com o qual não querem se identificar. Para as ACS, no curso da vida, o ponto alto corresponderia à maturidade com funcionalidade plena e iria até o que as ACS denominam “Melhor Idade ou Terceira Idade” – criação recente das sociedades ocidentais, interposta entre a idade adulta e a velhice, vinculada ao ideal de envelhecimento saudável, com independência, autonomia, liberdade e capacidade de agir.⁷ A inflexão negativa corresponde à velhice, compreendida como um processo natural e gradual de incapacitação e sofrimento, impossível de ser evitado, minimizado ou retardado.

Para elas, envelhecer bem é uma questão de “querer” e de recursos, o que confirma a “reprivatização da velhice”⁸, que impõe ao sujeito diversas formas de controle sobre o seu corpo e a responsabilidade pelo próprio cuidado e bem estar. A velhice com incapacidade resultaria e seria agravada pelo empobrecimento dos contatos sociais e pela família – igualmente desfavorecida – que “não se importa”. Conseqüentemente, não se observam, nos relatos, ações de prevenção e/ou minimização de incapacidades entre os idosos, retroalimentando um sentimento de frustração e impotência diante da necessidade de cuidar de idosos dependentes. Responsabilizam a família pelo cuidado ao idoso frágil e enfatizam as cobranças, o despreparo dos profissionais e as limitações na oferta de serviços, o que reforça a necessidade de políticas de cuidado de longa duração.¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a diversidade de maneiras de se envelhecer e de cuidar, a reflexão que o presente trabalho inaugura é reconhecer que os profissionais – ACS – atuam conforme um modelo cultural da velhice que perpassa sua maneira de agir no cuidado à pessoa idosa (Figura 1).

No contexto brasileiro de desigualdade social e envelhecimento acelerado, esses resultados revelam mitos e preconceitos culturalmente arraigados que naturalizam as incapacidades na velhice e negam aos idosos recursos e investimentos em políticas públicas que lhes são devidos. Contrariando a orientação da OMS que reconhece nos indivíduos idosos o valor e importância para o desenvolvimento da sociedade, não se observa uma visão positiva sobre a velhice no campo de fala das ACS.

Este estudo reitera a urgência de assegurar suporte às famílias com idosos frágeis, capacitação sobre envelhecimento aos profissionais e recursos para o cuidado à velhice, com ou sem incapacidade. A utilização desses achados pelo serviço de saúde pode servir para aprimorar o cuidado à população que envelhece, especialmente no âmbito da atenção básica.

BIBLIOGRAFIA

1. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 337-49.
2. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet* 2008 ago;13(4):1199-207.
3. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saude Publica* 2005 out;21(5):1509-18.
4. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva (Switzerland): WHO; 2001.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 Brasil; [acesso em 9 nov 2014]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide.
6. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cien Saude Colet* 2011;16(Supl 1):873-80.
7. Lins de Barros MM. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Goldenberg M, organizadora. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2011.p.45-64.

8. Debert GG. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Lins de Barros MM, organizadora. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p.49-67.
9. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994
10. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev Saude Publ 2005; 39(3):507-14.
11. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saude Publica 1994;10(4):497-504.
12. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora; 1989.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [página da internet]. [acesso em 9 nov 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310510&search=minas-gerais|bambui>.
14. Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. Cien Saude Colet 2013;18(9):2487-96.
15. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. Psychopathol Afr 1992; 24:183-204.
16. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Cien Saude Colet 2013; 18(8):2319-28.
17. Goldenberg M. Gênero, "o Corpo" e "Imitação Prestigiosa" na Cultura Brasileira. Saude soc 2011; 20(3):543-53.
18. Le Breton D. Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
19. Separavich MA, Canesqui AM. Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. Saude Soc 2010;19(2):249-59.
20. Minayo MCS. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: Trench B, Rosa TEC, organizadores. Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.7-15.
21. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-35.
22. Alvarenga, M. R. M.; Oliveira, M. A. C.; Domingues, M. A. R.; Mendola, F.; Faccenda, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Cien Saude Colet 2011; 16(5):2603-11.

23. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Publica* 2009; 83(3):393-405.
24. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas (SP): Editora Alínea; 2003.
25. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California 1980.

7.4 ARTIGO 3

O cuidado familiar ao idoso frágil na visão de Agentes Comunitários de Saúde

The family care to the frail elderly in the view of Community Health Agents

Kelly Alves Magalhães¹; Karla Cristina Giacomin^{2,3}; Josélia Oliveira Araújo Firmo^{1,2}

Instituições: 1- Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz; 2- NESPE - Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento - FIOCRUZ/UFMG; 3- Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Financiamento: FAPEMIG (processo CDS-APQ-00512-11), CNPq (bolsa de produtividade: processo 302614/2011-7) e CAPES (bolsa de doutorado).

RESUMO

Este estudo qualitativo, de abordagem antropológica, objetivou compreender os modos de pensar e agir de agentes comunitários face ao cuidado familiar ao idoso frágil. Foram entrevistadas agentes do município de Bambuí/MG, utilizando-se roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. O modelo *Signos, Significados e Ações*, fundamentado na corrente interpretativa da antropologia, guiou a coleta e análise dos dados. O cuidado prestado a idosos, predominantemente informal, ocorria de forma integral (24 horas), intuitiva, improvisada, solitária e por obrigação, sem qualquer remuneração ou reconhecimento. E ainda era perpassado pelo(a): gênero (predominavam as mulheres), sobrecarga decorrente do cuidado; despreparo do cuidador; responsabilização da família pelo cuidado e do próprio idoso pelas dificuldades no cuidar; omissão do Estado; invisibilidade do cuidado ao cuidador; e centralidade no modelo biomédico. As ações (reais ou propostas) das agentes referiam-se a encaminhamentos para outros profissionais; grupos para os cuidadores; capacitações para os cuidadores e para si. A saúde pública precisa – reconhecendo os limites e experiências das agentes no mundo do trabalho – enfrentar o próprio despreparo e o das famílias para o cuidado a idosos frágeis e apoio aos cuidadores familiares.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Cuidadores Familiares, Envelhecimento, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This qualitative study of anthropological approach aimed at understanding the ways of thinking and acting of community health workers relation to family care to the frail elderly. Semi-structured interviews were conducted with community agents in the city of Bambui, Minas Gerais, Brazil, which were recorded, transcribed and analyzed. The model of *Signs, Meanings and Actions*, based on interpretive perspective of anthropology, guided the collection and analysis of data. The care provided to elderly, predominantly informal, occurred fully (24 hours), intuitive, improvised, lonely and by obligation without any compensation or recognition. And it was still permeated by: gender (women predominated), overload arising out care; caregiver unpreparedness; responsibility of the family for the care and of the elderly by the difficulties in caring; omission of the State; invisibility of care to the caregiver; and centrality in the biomedical model. The actions (actual or proposed) of agents referred to referrals to other professionals; groups for caregivers; training for caregivers and for themselves. The public health need – recognizing the limits and experiences of agents in the working world – face their own unpreparedness and families to care for frail elderly and support to family caregivers.

Keywords: Community Health Workers, Family Health, Caregiver, Aging, Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

O acelerado e intenso envelhecimento populacional brasileiro desafia a saúde pública a lidar com demandas da população idosa, especialmente aquelas condições que demandam cuidado crônico e são acompanhadas por alguma incapacidade funcional, em um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida na presença de ambiente e assistência favoráveis.^{1,2}

A incapacidade pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda do indivíduo para executar atividades cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para a vida independente na comunidade³ e é utilizada como indicador de saúde da população idosa^{4,5}, sendo determinante da necessidade de um cuidador.² Contudo, usualmente, o cuidado a pessoas idosas com incapacidade acontece em contextos marcados pela desigualdade social e de gênero, sendo provido por cuidadores informais – familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade –, que o fazem por imposição circunstancial, de modo voluntário, sem quaisquer remuneração, preparação e conhecimentos adequados ou suporte^{2,6,7} para exercer o Cuidado.

Segundo Ayres⁸, o Cuidado designa “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (p. 85). Este autor utiliza o termo em maiúsculo para diferenciar daquele cuidado “como substantivo comum, quando se trata de atividades e procedimentos no sentido comum”⁸ (p.89). Assume-se ainda o Cuidado como um fato político, uma categoria sociocultural cuja concretização se faz no cotidiano da vida das pessoas, nos diferentes espaços e contextos⁹ onde deveria acontecer o **encontro** entre os sujeitos envolvidos, o que perpassa o acolhimento (por meio da escuta qualificada) e a humanização das práticas de saúde. Assim, o desafio consiste em aproximar as tecnociências com os valores da felicidade humana, a qual diz respeito “a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde”⁸(p. 85). E, para tanto, reclama a (re)significação não apenas da saúde, mas do projeto de vida do sujeito, do serviço, da práxis profissional, o que permitirá estabelecer um vínculo terapêutico efetivo.

No âmbito da saúde pública, buscando ampliar o acesso e promover o Cuidado às famílias, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como modelo assistencial reordenador da atenção à saúde, devendo representar para a pessoa idosa, sua família e cuidadores, o vínculo com o sistema de saúde.¹⁰ Na equipe da ESF, destaca-se o agente comunitário de saúde (ACS) – “elo” entre o serviço e a comunidade, por estar mais próximo desta e partilhar do mesmo universo sociocultural¹¹, inclusive no que se refere ao Cuidado.

Ademais, segundo o Ministério da Saúde, a ESF como um todo deve estar apta para: cuidar de pessoas que envelhecem com alguma incapacidade; construir parcerias entre os profissionais de saúde da atenção básica e os familiares e cuidadores de idosos; dialogar com outras políticas; sistematizar o cuidado no próprio domicílio, evitando-se assim, na medida do possível, eventos como hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.^{12,13} Nesse sentido, a atuação cotidiana dos ACS nos territórios reveste-se de grande importância.

Na perspectiva da Antropologia Médica, a saúde e o que se relaciona com ela (como o envelhecimento, a funcionalidade e o Cuidado), bem como as percepções, interpretações e ações relativas a tais fenômenos são culturalmente construídos e culturalmente interpretados^{9,14}, apoiados em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem.¹⁵ Ela considera uma nova concepção da relação entre indivíduos e cultura¹⁴, compreendendo cultura como um universo de símbolos e significados que permite aos sujeitos de um grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações.¹⁶

O cuidado familiar a idosos dependentes, muito influenciado pela cultura, apresenta forte expressão simbólica que envolve vínculos afetivos, alianças e o compartilhar de uma história peculiar a cada família.¹⁷ Assim, compreender sua dinâmica pode subsidiar a atuação da equipe de saúde na assistência e suporte adequado aos cuidadores e idosos⁷ – desafio atual para o sistema de saúde brasileiro.⁶ Nessa perspectiva, o presente trabalho busca compreender os modos de pensar e agir de agentes comunitários da saúde relativos ao cuidado exercido pela família ao idoso frágil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Essa pesquisa qualitativa, de cunho antropológico, volta-se à análise do universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a “um espaço mais profundo dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.¹⁸ Tal significado é partilhado culturalmente, organizando o grupo social em torno de simbolismos e representações¹⁹, enquanto categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a.¹⁴

O estudo foi conduzido em Bambuí, Minas Gerais, município de atividade agropecuária, a 212,2 km da capital Belo Horizonte, com cerca de 23 mil habitantes, 85% deles urbanos.²⁰ A ESF estava implantada nas seis UBS, sendo uma equipe por UBS e seis a sete ACS por equipe. A seleção dos participantes considerou como critérios o território (todas as UBS) e a experiência profissional como ACS. Por se tratar de uma abordagem qualitativa,

o número de entrevistas foi regulado pelo critério de saturação, o qual se refere ao momento em que o pesquisador não mais consegue obter informações significativas sobre o fenômeno estudado que acrescentariam novos elementos para reflexão teórica.²¹

Após consentimento livre e esclarecido dos informantes, foram realizadas entrevistas individuais nas UBS, guiadas por um roteiro semiestruturado, que incluíram questões referentes a: percepção dos ACS sobre quem são os cuidadores; relação do ACS com os cuidadores (familiares) dos idosos de suas respectivas microáreas; percepções e ações dos ACS sobre o cuidado exercido pelos cuidadores; experiências pessoais dos agentes no cuidado a idosos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo a leitura atenta para identificar categorias analíticas, a interação entre diferentes categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente.²

Fundamentado na corrente interpretativa da antropologia, o modelo *Signos, Significados e Ações*²², guiou a coleta e análise dos dados. Ele possibilita o acesso a lógicas conceituais privilegiadas por uma população específica – no caso os ACS – e a sistematização de elementos contextuais que participam da construção de maneiras típicas de pensar e agir para compreender e explicar uma determinada condição ou fenômeno, a partir da identificação de comportamentos concretamente adotados por essa população.¹⁴ Tal proposta analítica inverte o procedimento usualmente utilizado em estudos sobre representações, pois inicia-se no nível pragmático das narrativas identificando as ações e reações desencadeadas pelos signos para a identificação das explicações privilegiadas frente a estes, evoluindo assim para o nível semântico ao produzir a compreensão dos significados.¹⁴

Esta pesquisa integra o projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou (CAAE 0028.0.245.000-09). Os agentes foram referenciadas pela letra “A” seguida do número correspondente à ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 24 ACS, mulheres com idade entre 21 e 48 anos, a maioria casada. Vinte concluíram ensino médio, sendo cinco técnicas em enfermagem e quatro graduandas de nível superior. A maior parte estava no cargo há menos de quatro anos, variando de três meses a nove anos. Experiências pessoais das entrevistadas relativas ao cuidado a idosos apareceram especialmente na descrição da relação delas com os avós ou os pais. Por vezes, o relacionamento com os idosos e cuidadores familiares de suas respectivas microáreas, que caracteriza a experiência profissional das agentes, se entrelaçava às suas experiências pessoais, especialmente quando construía um vínculo com o usuário.

Três categorias emergiram da análise dos depoimentos: “o cuidado na visão das Agentes Comunitárias de Saúde; “o cuidado familiar às pessoas idosas frágeis”; e “as ações e proposições das agentes de saúde”.

O cuidado na visão das Agentes Comunitárias de Saúde

O conceito de cuidado para as ACS pode ser observado no seguinte relato:

Tá levando em uma consulta, pra poder tá fazendo os exames de rotina [...] Isso pros familiares. Pra gente que é agente de saúde, é tá sempre tendo controle da pressão, da glicemia do usuário. [...] Mas pra prevenir, cuidar como? Acho que é a pressão, que é o que causa muito problema, é aconselhando a tá fazendo esses exercícios que eles [os idosos] não gostam de fazer de jeito nenhum. (A11)

Nota-se que, na visão das entrevistadas, as ações de cuidado são percebidas em uma perspectiva biomédica, sendo a velhice compreendida como doença que precisa do médico e do medicamento. Todavia, a atenção à saúde da pessoa idosa deveria ultrapassar o controle e a prevenção de doenças e incluir de forma sistemática a dimensão funcional da saúde, a preservação da autonomia e a prevenção da incapacidade funcional como fatores determinantes da qualidade de vida e do bem-estar na velhice.⁴ Afinal, a funcionalidade é uma dimensão da saúde influenciada por múltiplos fatores que deve também ser abarcada como uma experiência referenciada a um universo sociocultural específico.²

Isso é especialmente importante em um contexto da saúde pública onde se observa uma assistência fragmentada e centrada no declínio do processo biológico, voltada para uma abordagem essencialmente curativa.²³ Administrar a medicação corretamente, bem como buscá-la no posto, levar ao médico e acompanhar o idoso para realizar exames periodicamente, são exemplos de ações que as ACS atribuem especialmente à família, corroborando o estudo de Floriano et al.⁷, cujo objetivo foi descrever a maneira como os cuidadores familiares realizavam o cuidado aos idosos dependentes.

Para as entrevistadas, o cuidado (a uma pessoa idosa) inclui ações de caráter afetivo e psicológico, físico e sanitário, sendo, para tanto, necessários: carinho, atenção, diálogo, paciência, “jogo de cintura”, ser educado, ter técnicas adequadas; estar preparado psicologicamente; cuidar da alimentação, higiene corporal; dar assistência constante e apoio no que for necessário. Percebe-se a preocupação das ACS com o cuidado, em seu sentido comum (o cuidado ao corpo, às necessidades materiais e o compromisso ético com o outro), o qual pode servir para estimular a independência do idoso ou não. Enquanto o Cuidado, no sentido posto por Ayres⁸, propõe ir além, dar espaço ao verdadeiro encontro entre cuidador e

peessoa cuidada, onde exista escuta qualificada e acolhimento, compromisso, vínculo e humanização, a fim de favorecer a existência de uma atenção integral ao sujeito. Uma ACS aponta a ambivalência do significado de “facilitar” para o idoso:

Então você facilitar o máximo possível, até mesmo porque aí ele se torna mais independente. [...] E acho que quanto mais independente o idoso for, melhor vai ser sua vida. (A24)

Pode-se pensar em uma dependência como um comportamento aprendido e não determinado por algum evento²⁴, ainda mais evidente quando existe a infantilização da pessoa idosa no cuidado, compreensão recorrente entre as ACS:

O idoso virou criança [...] ele acha que porque ele já viveu, já cresceu, ele sabe mais do que todo mundo. Eu converso com as pessoas, que é daquele jeito mesmo, que ela tem que ter paciência, que é como uma criança. Que vai falar assim: ‘não, agora quem é o filho é ele’ [...] E você que vai tá fazendo o papel de pai ou de mãe. (A8)

Tal infantilização pode estar relacionada à visão de uma velhice que se encerra no declínio funcional inevitável e a consequente dependência; de um idoso “teimoso”, “pirracento”, comparado a uma criança que necessita de cuidado constante. Infantilizar a pessoa idosa pode até mesmo colaborar para a sobreposição da dependência física pela dependência psicoafetiva.⁷

O cuidado familiar às pessoas idosas frágeis

As ACS atribuem principalmente à família a responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa frágil e, especialmente, às mulheres (esposa, filha, nora, neta). Raramente os homens que assumem o cuidado, os quais, na visão desta agente, poderia comprometer o cuidado:

Nunca que um filho homem tá preparado pra cuidar de uma mãe. [...] Porque antigamente o filho não via uma mãe nua, eles eram mais recatados, a criação foi diferente de hoje. [...] como é que o filho homem vai dar o banho numa mãe? (A19)

Essa perspectiva de gênero enriquece a reflexão em saúde coletiva, posto que, historicamente, o papel de cuidador desempenhado pela mulher favorece sua inserção na comunidade e a credibilidade de seu trabalho²⁵, de quem se espera que cuide dos filhos, netos, pais e avós, além do trabalho doméstico. Ademais, em todo país, na área da saúde, a maioria dos profissionais são mulheres (como as ACS) e a feminização da força de trabalho é crescente, dada a priorização da contratação delas pelo impacto na sua condição social e na de

suas famílias. Porém, nas sociedades capitalistas, o trabalho feminino costuma ser desvalorizado, especialmente afazeres domésticos e modalidades nas quais o cuidado e a relação interpessoal assumam características marcantes.^{25,26} O universo sociocultural humano se organiza em torno do eixo da dicotomia sexual, que atravessa todos os aspectos de sua existência. Esta construção histórica, psicossocial e cultural, resulta na definição de papéis masculino e feminino, os quais significam e caracterizam a personalidade, o comportamento sexual, a aparência física, o trabalho, entre outros atributos e comportamentos do sujeito em uma dada sociedade.²⁷

Independentemente do gênero e de qual membro exerça o cuidado, as agentes reconhecem as dificuldades e limitações no processo de cuidar dentro de uma família, tais como a fragilidade dos cuidadores, sua sobrecarga física, psíquica e emocional decorrente do processo solitário (pois muitas vezes um membro assume o cuidado sozinho) e exaustivo de cuidar da pessoa idosa:

Existem aquelas pessoas que gostam de cuidar e existem aquelas que não, estão ali por obrigação. (A22)

Reclama que é muito cansativo, exaustivo, que precisa de uma pessoa pra auxiliar, que não dá conta. (A16)

São seis irmãos, acaba que sobrecarrega só um [...] nenhum dos outros irmãos quer ajudar a olhar. [...] não tem aquele tempo mais pra pessoa em si igual tinha antes, porque tem que ficar só cuidando daquele idoso. (A21)

Tanto a pessoa idosa quanto o cuidador familiar tendem a se isolar socialmente devido, muitas vezes, à relação de dependência que se estabelece entre ambos, pois o primeiro enfrenta dificuldades para deambular, barreiras arquitetônicas e de adaptabilidade social que interferem na acessibilidade a atividades de lazer e participação social; e o segundo enfrenta o receio de deixar o idoso sozinho, pois nem sempre pode contar com o apoio de outras pessoas nas tarefas do cuidado, ficando sobrecarregado.¹³ Cabe aos profissionais de saúde auxiliar na identificação e estímulo de outros cuidadores (familiares) e na organização da dinâmica de tal cuidado, a fim de reduzir a sobrecarga daquele que assume o cuidado sozinho e sem apoio e proporcionar o bem estar dos cuidadores e da pessoa cuidada.¹³ Outras entrevistadas atestam o mesmo desamparo e o adoecimento de quem cuida, em situações de cuidado vivenciadas nas próprias famílias:

A minha avó que cuida da minha bisavó. [...] É muito difícil, porque a minha bisavó é uma idosa bem cuidada. Só que acaba que a minha avó

já não tá bem cuidada, o tempo dela é todo pra ela [bisavó], aí ela [avó] acaba adoecendo mais do que a mãe dela mesmo. (A18)

À medida que a idade avança ou quando a pessoa possui restrições na sua saúde, a sobrecarga do processo de cuidado é ainda maior, pois além de lidar com o próprio envelhecimento, o cuidador se torna mais susceptível a problemas de saúde por enfrentar a dificuldade de cuidar de si mesmo e a sobrecarga imposta pelo cuidado do outro.¹³

Para as ACS, o cuidado prestado a idosos, predominantemente informal, ocorre de forma integral (“24 horas”), intuitiva (“*não sabem como cuidar*”), improvisada (“*não tem técnica pra tá transferindo o idoso*”), solitária e por obrigação, sem qualquer remuneração ou reconhecimento, concordando com a visão de esposas cuidadoras descrita em trabalho anterior na mesma população.² Ainda assim, apesar das dificuldades, a maioria dos idosos frágeis tinha alguém que exercia o papel de cuidador, principalmente na família e mais raramente vizinhos e amigos ou pessoas contratadas pelas famílias com maior poder aquisitivo. Era com esses cuidadores que as agentes lidavam em seu cotidiano.

Na ESF, o ACS funciona como mediador de tensões das famílias e comunicador das demandas por elas expressadas à equipe de saúde, fortalecendo o acolhimento e o vínculo equipe-família-comunidade.¹¹ Entretanto, questionadas sobre o auxílio prestado ao cuidador, respondem:

Eu posso entregar a medicação, entregar a receita, marcar uma consulta, levar um médico lá. [...] Eu posso oferecer a ajuda que o PSF tem pra oferecer, mas o auxílio dentro da casa, dos cuidados dele dentro da casa tem que ser a família, ou então uma pessoa contratada. (A16)

Às vezes eu vejo que alguém precisa de olhar pressão, pego o aparelho aqui, levo. Mas agente não pode fazer isso não; mas eu como técnica posso fazer isso. Porque eu sei. [...] Eu como agente, eu não posso fazer muito, porque a gente aqui não tem muita coisa pra fazer. (A6)

O apoio que conseguem e desejam oferecer refere-se ao modelo biomédico (ambulância; equipamentos e insumos; consultas, exames, medicamentos). Frente às fragilidades psíquicas, à sobrecarga e à necessidade de apoio dos cuidadores, veem-se impotentes, por não ter ou não saber o que oferecer, reforçando a solidão no cuidado experimentada pelos cuidadores familiares. Esta agente justifica a necessidade de preparação para o cuidado:

Acho que pra cuidar de idoso tem que ter uma preparação [...] ter algum conhecimento, nem que seja mínimo [...] e tanto psicológico, porque a pessoa também... cuidar do idoso ela tem que ter uma paciência [...] acaba ali desgastando. Então a pessoa tem que tá muito bem emocionalmente [...] até o jeito de movimentar aquela pessoa você tem que saber, que a pessoa é frágil demais, ela volta a ser uma criança. Então, você tem que saber em todos os sentidos lidar ali. (A23)

Embora acreditem que a família esteja sempre disposta a cuidar e cuide bem, especialmente pela relação afetiva que existe entre o cuidador e a pessoa cuidada, o cuidado exercido pela família é visto como inadequado devido ao despreparo do cuidador. Percebe-se uma relação compreendida mais como “transferência de responsabilidades” do que apoio: de um lado a família transfere o cuidado ao serviço e, de outro, o serviço responsabiliza a família:

Eles [a família] acham que o agente de saúde tem a obrigação de tá cuidando deles [os idosos], que é obrigação só do agente de saúde. Entrega eles [os idosos] pra nós. (A11)

Eles esperam que o PSF tenha mais cuidado com eles. [...] que nós do PSF tem que dar atenção, fazer o que pode e o que não pode pra eles. Às vezes nem dá, porque não tem como a gente dá ATENÇÃO [enfática] assim que tem que dar pra eles. [...] Acho que a atenção mesmo quem teria que dá é a família. A gente ainda faz a nossa parte, mas eles também teria que fazer a deles. (A19)

Parafraseando Debert²⁸, a responsabilização da família e sua solidão no processo de cuidado são designados por Santos¹⁷ como a “reprivatização do cuidado”. É nesse contexto que se dá a inserção do cuidado à pessoa idosa dependente na ESF e a relação ACS-cuidador familiar. Poucos profissionais compreendem a família como um agente que constrói sua própria maneira de cuidar, influenciada pelo seu referencial cultural, e o faz independentemente das dificuldades que vivencie.¹⁷ Assim, a família aparece como “*ingrata*”, que “*abandona*”, “*sem paciência*”, que delega a responsabilidade para o outro e ainda é considerada culpada pelas situações de conflito que ocorrem no processo de cuidado:

A maioria dos idoso a família larga pra lá. Não dá muita atenção, eles fica mais sozinho. Eles é carente. [...] Porque hoje a família não está nem aí para os velhinho não. Eu mesmo tenho duas avós velhinha, não

dá tempo, não tem como a gente tá com eles todo dia. Acaba que fica abandonado mesmo. (A19)

Uma senhora, a mãe dela faleceu [...] ela falou uma coisa pra mim que eu fiquei boba: ‘Deus há de me perdoar, mas eu até preferia que levasse a minha mãe, porque eu não aguento cuidar dela mais’. [...] Acho que assim, um absurdo né, por isso que eu falo que a família mesmo não tem paciência. (A13)

Apenas uma ACS, que havia feito curso de cuidadores de idosos e sido cuidadora contratada, valorizava a importância da escuta qualificada no cuidado ao cuidador e busca, em sua prática, cuidar também deste sujeito:

Essas pessoas que cuidam, eu tenho procurado dar um pouquinho de atenção pra elas também, porque no fundo no fundo ela tá cuidando, tá forte ali, mas no fundo tá uma pessoa também doente, carente, deprimida, precisando de um apoio. Aí eu vou lá e converso, fico lá horas. (A5)

Esta mesma distingue-se da maioria das entrevistadas, cujos relatos refletem a invisibilidade comum a um cuidado crônico¹ ao valorizar o que o cuidador é capaz de fazer, reconhecendo nele um parceiro e não mero intermediário entre o serviço e a pessoa idosa:

O [fulano] que cuida do [cicrano]. Então ele tá com 80... 78. Então eu não levo o remédio, pra tá deixando ele [cuidador] tá vindo até aqui, porque senão ele se sente incapaz. (A5)

Para Sarti²⁹, a família deve ser compreendida como um mundo de relações e sua abordagem deve centrar-se nas relações que ela estabelece e não no indivíduo como ser isolado. É preciso deixar de apreender a família como um dado imediato da realidade social, para ver nela um instrumento de construção dessa realidade, buscando estar atento ao aspecto dinâmico que a permeia.³⁰ Ademais, o ato de cuidar é voluntário e complexo, atravessado por sentimentos diversos e contraditórios^{4,12}, que refletem na relação entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Dispensar cuidados a alguém que esteja dependente envolve esforço físico, psicológico e emocional, além de possíveis custos financeiros diretos (como medicamentos) e indiretos (por exemplo, a perda de rendimentos devido à renúncia de trabalho remunerado).^{5,7} Esses fatores podem resultar em situações de conflito entre o cuidador e o idoso dependente⁶ e em padrões de cuidados ruins, negligência ou mesmo abuso à pessoa que necessita de cuidados.⁵ Apesar de a maioria das entrevistadas responsabilizarem e culparem as famílias, algumas reconhecem a desvalorização que estas sofrem, inclusive por parte da pessoa cuidada:

A gente vê no olho dele [cuidador] que tá cansado [...] tá angustiado e fingindo para o doente, que é o pai ou a mãe, que tá bem. [...] eles falam que procuram fazer sempre o máximo pra ajudar, mas o pai ou a mãe tá sempre achando que é pouco. [...] eles não recebem nada por isso, porque é um da família. [...] Eles [os doentes] agradecem mais um de fora do que o de casa. Vai um lá e ajuda a cuidar um minutinho: ‘viu fulana? A paciência que fulana tem comigo?’ E o de casa não recebe elogio hora nenhuma. (A1)

Outras justificam o abandono (pela família) ou a dificuldade em cuidar de um idoso frágil culpabilizando este sujeito pelo seu comportamento, considerando a pessoa idosa como: “ranzinza”, “teimosa”, “difícil”, “chata”, “cabeça dura”, “repetitivo”, “preguiçoso”, “carente”, “de gênio difícil”, “volta a ser criança”, “tem muita mania”, “pirracento”, “reclamão”, “se isola”, “estorvo”, entre outros atributos negativos.

Tal transformação da velhice em uma responsabilidade individual contribui para seu desaparecimento dentre as preocupações sociais³¹, especialmente no âmbito das políticas públicas, dificultando pensar, planejar e executar ações face ao envelhecimento com dependência. Todas essas divergências revelam a distância entre o cuidado ideal e o real, entre a família real e a família idealizada, entre o serviço real e o serviço idealizado, em síntese, entre a **teoria** e a **prática**. Decerto, a teoria (*theoria*) está intimamente interligada à prática (*práxis*), buscando a primeira ser validada pela última, a qual se refere à sabedoria prática, “às (contingentes) boas escolhas que fazemos, capazes de conduzir concretamente as práticas humanas no sentido das boas finalidades da vida”⁸(p.135).

As ações e proposições das agentes de saúde

As principais ações identificadas nos relatos (reais ou propostas) das agentes referiam-se a: encaminhamentos para outros profissionais; grupos para os cuidadores; capacitações para os cuidadores e para si.

Muitas das vezes a gente fala: ‘a gente vai marcar pro enfermeiro vim, ou pra técnica vim’. [...] eu acho que precisa de um acompanhamento, pelo menos de 15 em 15 dias, tá indo, orientando como fazer. [...] Tem umas coisas que não cabe a nós, cabe ao enfermeiro tá indo pra tá dando aquele suporte e falta muito isso. E quem depois sempre é cobrado é o agente de saúde. Então, é difícil. (A21)

Questionadas sobre ações específicas do serviço de saúde para os idosos e seus cuidadores, as agentes relataram grupos de atividade física, voltados também para adultos,

promovidos pelo educador físico e fisioterapeuta, mas com baixa adesão. Uma ACS avalia a importância de um grupo para cuidadores de idosos – iniciativa já introduzida e descontinuada em outros momentos no município:

Ajudaria [os cuidadores], porque a minha mãe já cuidou de idoso. Ela desenvolveu hérnia de disco porque não tinha prática, não tinha técnica pra tá transferindo o idoso de uma cama pra uma cadeira. Então com isso ela se prejudicou. Coisas que um curso facilita demais. (A22)

Enquanto esta agente explica a dificuldade do cuidador em participar do grupo:

A gente até começou um grupo para estas pessoas que cuidam dos idosos, mas não funcionou. Porque não tem como deixar o idoso sozinho. (A2)

Sabe-se que a participação em atividades e grupos na comunidade, especialmente em grupos de apoio compostos por cuidadores familiares que compartilham de realidades similares, favorece a adaptação do cuidador ao cuidado, reduzindo níveis de estresse e depressão.¹³ O trabalho das equipes de saúde da família deve incluir ações coletivas na comunidade que sirvam como espaços de participação, integração social e troca de experiências e que favoreçam a atuação dos profissionais nas dimensões sociocultural da comunidade, favorecendo o cuidado integral e humanizado do usuário.²³

Além de reconhecerem a importância da qualificação do cuidador para o cuidado ao idoso, as ACS demandavam uma preparação também para si:

Eu preciso preparar eu mesmo mais, as meninas e tá preparando quem cuida dos idosos também. (A5)

Pra cuidar do idoso a gente nunca teve um curso. A gente faz o que a gente tem: a lógica, a razão, a gente passa pra eles. Mas saber mesmo, a gente não sabe não. (A7)

Assim, cuidar de idosos dependentes no domicílio requer orientação, informação e assessoria de especialistas⁴, incluindo a provisão de suporte adequado por instituições públicas ou privadas. Ademais, alguns cuidadores também são idosos que precisam vivenciar o próprio envelhecimento e correm o risco de adoecerem em um breve espaço de tempo caso o suporte necessário não lhes seja provido.⁵ Afinal, o ato de cuidar implica em riscos, especialmente se realizado de forma inadequada, sem orientação e apoio, podendo onerar de diversas maneiras o próprio cuidador, a pessoa cuidada e sua família.^{2,12} Apesar de as agentes tentarem ajudar, sua atuação fica limitada:

Às vezes eu chego, eles fala: ‘Ah, você demorou a vim cá. Pensei em você hoje’. Eles começam a conversar com você... Você terminou, na hora que você saiu da casa, você sente que a pessoa tá bem mais tranquila. Às vezes eles pedem pra gente fazer alguma coisa, só que a gente vem e passa pra [enfermeira chefe] e não consegue fazer... Difícil. (A4)

Outra entrevistada denuncia a omissão do poder público:

É difícil. Não tem muito o que eu fazer, porque não depende de mim, depende de outras pessoas, de outros órgãos. Igual Estatuto do Idoso, acho que não faz nada pra ajudar essas pessoas. [...] O governo deveria investir mais para o idoso ou talvez invista e aqui não tenha um órgão que faça isso. (A8)

O despreparo das ACS, a solidão que também enfrentam no cotidiano de seu processo de trabalho, confirmam a importância da capacitação e articulação com demais profissionais da equipe de saúde. Todavia, apesar do envelhecimento acelerado e intenso, do maior contingente de pessoas idosas com incapacidades, de dois terços da população idosa depender exclusivamente do SUS e a Política Nacional de Saúde do Idoso⁴ estabelecer a capacidade funcional como balizadora das ações de saúde do idoso, bem como a necessidade de apoiar o cuidador, paradoxalmente, o país ainda não possui uma política de cuidado e de suporte aos papéis atribuídos às famílias, nem com uma rede de serviços socio sanitários que apoiem a pessoa idosa dependente, seus familiares e cuidadores.¹ Tampouco reconhece o cuidador como aliado da equipe de saúde, ao contrário do observado em países desenvolvidos.² De fato, a velhice é tratada no âmbito da vida privada e o Estado brasileiro se apresenta como um parceiro pontual, com responsabilidades reduzidas, que atribui à família a responsabilidade maior dos cuidados², o que contrasta frontalmente com o disposto nas políticas existentes em relação ao idoso.

Conforme Giacomini³¹, “*se o Estado não pode substituir a família, a família também não pode substituir o Estado*”(p. 26). Porém, na legislação brasileira, o Estado apresentado como instituição de poder, perfeita e ordenada; enquanto a família é vista, na perspectiva da reciprocidade, como instituição igualmente perfeita, infalível e imutável. Mas será esta a realidade? A família presente no texto legal corresponde à família real? A mulher, historicamente cuidadora principal e “natural” tem assumido outros papéis. O Estado reconhece as diversas transformações nos arranjos familiares e papéis de cada membro que compõe a(s) famílias(s)? Esse Estado da letra da lei distribui responsabilidades e delega à

“família idealizada” o dever de solucionar problemas que muitas vezes ultrapassam suas possibilidades.³¹

Portanto, o setor de saúde acaba sendo o local onde se percebe ou não o atendimento às necessidades de formação profissional³², e faltam trabalhadores qualificados para resolução das demandas da população idosa³ e seus cuidadores. A conformação de uma estrutura de cuidado e suporte qualificados depende da formação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

Ressalta-se que os modos de pensar e agir das ACS mais experientes no serviço e das novatas não diferiram.

Assim, neste estudo, verificou-se que o cuidado familiar a idosos frágeis é atravessado pelo(a): despreparo das ACS e dos cuidadores acerca do Cuidado, valorização do saber biomédico, falta de recursos do serviço de saúde em contraposição à responsabilização da família e à invisibilidade do cuidador familiar como membro da família que demanda cuidado para si. Tudo isso, reforça as contradições entre o trabalho real e o prescrito. Ora, qualquer um que encontremos é primeiro e, sobretudo, a sua sociedade, na qual se concebe como atividade representativa. Afinal, uma sociedade nasce da interação entre os indivíduos e sua cultura retroage sobre estes, oferece-lhes a linguagem e o saber e por isso mesmo os transforma.³³ As ACS entrevistadas também representam e refletem a sociedade em que vivem, a qual valoriza o modelo biomédico³⁴ e reconhece a velhice como encargo do indivíduo.²⁸ Logo, as agentes não podem ser responsabilizadas pelas contradições observadas nem pelos (pré)conceitos da velhice, pois comungam da mesma percepção de profissionais, familiares e idosos.³⁴ Tampouco os idosos podem ser responsabilizados pela sua condição de saúde atual, ou as famílias por não estarem cuidando adequadamente.

CONCLUSÕES

O trabalho do ACS e, de forma mais ampla, da própria ESF, é fundamental na atenção à pessoa idosa e seus familiares e cuidadores, especialmente em um contexto marcado pela fragilidade e solidão no cuidar, a necessidade de capacitação e de recursos para apoiar e humanizar este cuidado. A díade indissociável “pessoa idosa dependente-cuidador” aparece destituída de autonomia e submissa a condições indignas de cuidado, em um modelo tradicional e pouco resolutivo para lidar com os desafios que o envelhecimento introduz ao sistema de saúde, revelando a insuficiência de políticas que apoiem o cuidado de longa duração.

De forma ambivalente, ao mesmo tempo em que procuram estar mais presentes, escutar e visitar os idosos dependentes e seus cuidadores, as agentes se afastam e

responsabilizam: a família, a pessoa idosa, o Estado. Demandam capacitação para si e para os cuidadores para saber cuidar melhor; anseiam por mais ações, mas não sabem como fazê-lo e reproduzem a visão negativa que naturaliza as doenças, a incapacidade e a dependência na velhice.

Equipes de saúde e ACS carecem de educação permanente e contextualizada para lidar de forma integrada com tantos desafios, inclusive o cuidado a pessoas idosas e seus cuidadores. Faz-se necessário dialogar com as agentes e romper com o caráter vertical de planejamento e de gestão ainda predominante no serviço, para fortalecer a dimensão política do trabalho, bem como ampliar o conhecimento sobre o valor, o potencial e os limites de todos os atores envolvidos no cuidado da pessoa idosa frágil.

BIBLIOGRAFIA

1. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 337-49.
2. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saude Publica* 2005;21(5):1509-18.
3. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet* 2008 ago;13(4):1199-207.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 20 out 2006; Seção 1.
5. Pereira MJSB, Filgueiras MST. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev APS* 2009;12(1):72-82.
6. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):137-44.
7. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2012;21(3):543-8.
8. Ayres, JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO; 2011.
9. Pinheiro R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ LAPPIS; 2011. p. 51-66.
10. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saude soc* 2010 dez;19(4):878-88.

11. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cien Saude Colet* 2011;16(Suppl 1):873-80.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
13. Vieira L, Nobre JRS, Bastos CCBC, Tavares KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2012; 15(2):255-63.
14. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad Saude Publica* 1994;10(4):497-504.
15. Adam P, Herzlich C. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração; 2000.
16. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora; 1989.
17. Santos SMA. *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas (SP): Editora Alínea; 2003.
18. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
19. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saude Publ* 2005; 39(3):507-14.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades @*. [página da internet]. [acesso em 29 nov 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310510&search=minas-gerais|bambui>.
21. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):389-94.
22. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
23. Alencar MSS, Leite ALI, Memoria SVF, Sousa JMS. Percepções dos profissionais da saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(3):475-85.
24. Fernandes HCL, Pavarini SCI, Barham EJ, Mendiondo MSZ, Luchesi BM. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):782-8.
25. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab. educ. saúde (Online)* 2010; 8(2):229-48.

26. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL; Bornstein VJ. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2012; 16(42):751-65.
27. Oliveira RD. *Elogio da diferença: o feminino emergente*. Rio de Janeiro: Rocco; 2012.
28. Debert GG. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp, Fapesp, 2004.
29. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol. USP* 2004;15(3):11-28.
30. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus Editora; 2005.
31. Giacomini, K. Contradições do Estado brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. *Argumentum* 2014; 6(1): 22-33.
32. Xavier AS, Koifman L. Educação superior no Brasil e a formação dos profissionais de saúde com ênfase no envelhecimento. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2011;15(39):973-84.
33. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Almeida EP, organizadores. *O pensar Complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond; 1999. p.21-34.
34. Moraes GVO. *Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade [dissertação]*. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ; 2012.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população brasileira é uma conquista da sociedade, que demonstra sua evolução em diferentes âmbitos, como o político, socioeconômico, sanitário e educacional, já que se trata de um fenômeno determinado por múltiplos fatores. Contudo, tem sido abordado como um problema para a sociedade, ideia esta imersa em sua cultura, o que colabora para a estigmatização das pessoas idosas. Assim, muitos são os desafios apontados, como o aumento da carga de doenças crônicas neste contingente populacional, a qual favorece o aparecimento da incapacidade funcional, da dependência e a necessidade de cuidados de longa duração. Deste modo, o sistema de saúde deve estar preparado para lidar com as demandas decorrentes do processo de envelhecimento (com incapacidade).

O presente trabalho centrou-se em um dos profissionais da atenção básica à saúde – o ACS – por entender que este está mais próximo da população, compartilha do mesmo contexto socioeconômico e cultural desta, e participa das ações de cuidado direcionadas também às pessoas idosas e seus familiares, tanto no serviço quanto no domicílio. Em Bambuí, em relação ao perfil e processo de trabalho dos ACS entrevistados, verificou-se que refletiam um quadro semelhante ao observado em outros municípios brasileiros, onde verifica-se uma distância entre a teoria e a prática. Ademais, as entrevistadas assumiram a função de ACS desconhecendo do que se tratava e mesmo após inserção no cargo, continuam a procura de respostas para sua atuação, confirmada pela ausência da construção de uma identidade própria. Para tanto, buscavam um modelo ao qual se identificar e transitavam entre dois polos ao se identificar de um lado com o técnico de enfermagem e, de outro, com o psicólogo, entre uma dimensão mais técnica e outra relacional, porém, ambas influenciadas pelo modelo tradicional de atenção à saúde. Ressalta-se que o acúmulo de funções (ACS e técnico) de algumas entrevistadas, colabora para defasagem do papel e valorização do profissional agente e vai contra a disposição legal da ESF.

No seu processo de trabalho, as ACS destacaram a visita domiciliária como principal atribuição, de onde e para onde partiam diversas outras ações inerentes ao papel desempenhado por elas, inclusive, as ações relativas ao cuidado às pessoas idosas, seus cuidadores e familiares. Entretanto, a visita – que acontecia sem o devido planejamento –, reduzia-se ao seu aspecto burocrático e demandas de controle gerencial, ou seja, “mais do mesmo”, não contribuindo assim, para reorientação do modelo assistencial. E apesar de se constituir em um importante espaço para o **encontro** entre os atores envolvidos no processo de Cuidado, esse não acontecia, uma vez que as ACS “encontravam” com o doente, o velho, o pobre, o carente, o indivíduo, e não com o sujeito idoso, tampouco com sua família.

Em um contexto onde a maior parte dos idosos brasileiros dependem dos serviços públicos de saúde, a atuação da ESF e mais especificamente, dos ACS, faz-se primordial no

cuidado às pessoas idosas em seu núcleo familiar e não de forma individualizada e descontextualizada. Ademais, no presente trabalho, verificou-se que o envelhecimento com incapacidade era atravessada por questões relativas a(o):

- Despreparo das agentes de saúde, as quais não contavam com uma política de educação permanente tanto no âmbito da atenção básica à saúde da população que assistiam, quanto capacitações relativas ao processo de envelhecimento e cuidado às pessoas idosas e seus cuidadores;
- Valorização do saber biomédico, que colocava a população idosa como grande consumidora da saúde, de aparatos médico-medicamentosos. Observou-se, em toda a pesquisa, a associação inexorável entre velhice-doença-incapacidade, sua naturalização, o que dificulta o planejamento e execução de ações com foco na promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, especialmente ações de prevenção ou minimização de incapacidades e consequente dependência funcional.
- A velhice no corpo, o qual funcionava como um suporte de signos negativos (perdas, sofrimento, solidão, carência, decadência, infantilização) – em detrimento de uma visão mais positiva, que valorize a pessoa idosa – que reforçavam os preconceitos e o estigma contra a velhice, e por consequência, sua exclusão social
- Dificuldades relativas ao cuidado e ao cuidador. O cuidado ao idoso frágil era predominantemente informal, representado pela família (principalmente pela mulher), que cuidava de maneira intuitiva, contínua, improvisada, solitária, por obrigação ou imposição circunstancial, sem remuneração e reconhecimento – reproduzindo o cenário brasileiro. O cuidador familiar não era reconhecido como parceiro da equipe de saúde. Ademais, ele ficava sujeito à sobrecarga e solidão no processo de cuidado, pois não contava com uma rede de apoio, tampouco com políticas públicas de suporte, ao contrário, eram culpados e responsabilizados pelo cuidado que deveriam exercer sem o devido preparo. A ideia de cuidado das agentes estava centrada na perspectiva biomédica que reafirmava a velhice como doença e em seu sentido comum (cuidado com o corpo, necessidades materiais e afetivas);
- Fragilidade e solidão de todos os atores envolvidos: os idosos, responsabilizados pelo próprio envelhecimento; a família, responsabilizada pelo cuidado aos idosos; e as ACS que, na responsabilização do outro, revelavam seu próprio despreparo e a ausência de apoio adequado do Estado para desempenhar suas funções.
- Contradições: entre a dimensão técnica do trabalho das ACS e a solidária; entre o movimento ambivalente de aproximação e afastamento de uma velhice com a qual não querem se identificar; entre a teoria e a prática;

Este cenário reforça a omissão do Estado e contribui para invisibilidade das questões relativas à velhice no âmbito das políticas públicas. Assim, a partir dos resultados do presente trabalho, percebe-se a necessidade de investimento e compromisso com:

- Processos de educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores que favoreçam a apropriação de ferramentas de Cuidado no âmbito da atenção básica à saúde, como a escuta qualificada, o matriciamento, a gestão clínica do cuidado, dentre outras.
- A dimensão funcional no conceito de saúde da população idosa, como indica a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a consideração de que as condições crônicas são passíveis de prevenção pela saúde pública.
- A valorização da pessoa idosa e rompimento com a homogeneização da velhice e a naturalização das doenças e limitações como inerentes à idade. A ideia de velhice-doença-incapacidade deve dar lugar ao trinômio envelhecimento-capacidade funcional-Cuidado.
- A família, buscando bem compreender seus diversos arranjos e papéis desempenhados por cada membro, sua necessidade de apoio também pelo Estado e não sua mera responsabilização.
- Valorização do papel do cuidador (familiar), consideração de suas próprias necessidades e seu reconhecimento como parceiro nas ações desempenhadas pela equipe de saúde, a fim de otimizar o Cuidado à pessoa idosa. Ademais, faz-se necessário pensar em formas de apoio ao cuidador e sua capacitação.
- Rompimento com o caráter vertical de planejamento e gestão nas políticas e serviços de saúde, abrindo-se à escuta e diálogo com todos os profissionais envolvidos, inclusive o agente comunitário, valorizando seu saber e seu fazer.
- Investimento público em programas e projetos relativos à saúde do idoso; garantia de recursos de infraestrutura, financeiro e humano ao cuidado a esta população, especialmente no âmbito da atenção básica à saúde.
- Ações intersetoriais e articulação da rede de atenção à saúde visando a integralidade da atenção às pessoas idosas e seus cuidadores.

Existem diferentes maneiras de se envelhecer e de cuidar e os profissionais (ACS) atuam conforme um modelo cultural da velhice que influencia seus modos de pensar e agir no cuidado à pessoa idosa, os quais devem ultrapassar a perspectiva do modelo de atenção tradicional e pouco resolutivo, que colabora para destituição da autonomia e independência da pessoa idosa, em última análise, para a fragmentação do cuidado à saúde desta população.

9 ANEXOS

9.1 Anexo I - Roteiro para Entrevista

O profissional

- Nome; sexo; estado civil; idade; onde nasceu; local de moradia.
 - Ocupação anterior.
 - Profissão atual: tempo de trabalho no PSF. Horas de trabalho por dia. Área onde atua.
- Motivos para escolha da profissão.
- Pré-requisito para ser ACS. Capacitação para o trabalho.
 - Funcionamento do serviço de saúde e do PSF em Bambuí. Processo de trabalho do ACS.

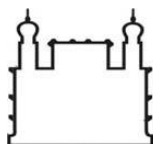
Concepções e contexto do cuidado ao idoso

- Visão sobre envelhecimento/ ser idoso
- Experiência pessoal com algum idoso
- Experiências com os idosos da área onde atua.
- Visão sobre o cuidado ao idoso
- Necessidades/ demandas e dificuldades dos idosos e seus familiares.
- Atividades, ações e recursos voltadas para o idoso e familiares no PSF

O PSF

- Dificuldades e facilidades para realização do trabalho do ACS
- Dificuldades e facilidades do PSF para atender e cuidar dos idosos.
- Opinião e sugestões para o cuidado ao idoso no PSF.
- Trabalho em equipe

9.2 Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa René Rachou

Comitê de Ética

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Abordagem antropológica da dinâmica da funcionalidade em idosos”, subprojeto “Envelhecimento e incapacidade funcional: uma visão antropológica centrada nos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família”, cujo objetivo é apreender a sua percepção e ações relacionadas ao processo de envelhecimento.

Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Equipe do Programa de Saúde da Família e nem com o Centro de Pesquisa René Rachou. Você não terá nenhum gasto e/ou ganho financeiro por participar nesta pesquisa.

Sua participação consistirá em responder às perguntas que, sob seu consentimento, serão gravadas. Após as gravações, as fitas e/ou os arquivos ficarão em armário próprio em Belo Horizonte ou em um computador pessoal com acesso restrito. Ao final do estudo, as gravações serão destruídas.

Essa pesquisa não implicará em riscos relacionados a sua participação. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Bambuí, MG __ de abril de 2011.
